Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. Heinz Schweitzer

ALKOHOLISMUS BEI FRAUEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Anand Dave und Henning Krolle

1984

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Heinz Schweitzer

ALKOHOLISMUS BEI FRAUEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Anand Dave und Henning Krolle

1984

" Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf "

gez.:
Dekan: Herr Prof. Dr. med. A. Hopf
Referent: Frau Prof. Dr. med. E. Trube-Becker
Korreferent: Herr Prof. Dr. med. H.Th. Brüster

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Einleitung	1
2	Teil I (H. Krolle)	2
	Befunde bei 123 im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf sezierten Alkoholikerinnen	
2.1	Material und Methode	3
2.2	Soziodemographische Daten (Alter, Geburtsort, Zivilstand, Berufstätigkeit, Wohngemeinschaft, Partner, Kinder, Wohnungsgröße und -zustand, "Bekannter Alkoholismus", Trinkbeginn, Mehrfachabhängigkeit, BAK-Werte	4
2.3	Rechtliche Aspekte beim Tod und Kasuistik	33
2.4	Alkohol und Organveränderungen (Herz, Gehirn, Leber, Gallenblase, Magendarmtrakt, Pankreas, Nebenniere, Schilddrüse, Tuberkulose)	51
3	Teil II (A. Dave)	71
	Befunde von 70 im Landeskrankenhaus Süchteln therapierten Alkoholikerinnen	
3.1	Material und Methode	72
3.2	Begriffsbestimmung des Alkoholismus	73
3.3	Kasuistik	75
3.4	Die Stellung der Alkoholikerin in unserem Kulturkreis	77
3.5	Soziodemographische Daten (Alter, Trinkbeginn, Familienstand, Alkoholanamnese in der Familie, Kinder, Stationäre Aufnahmen, Trinkgewohnheiten, Mehrfachabhängigkeit, Kindheit, Sexualität, Suicidversuche)	79
4	Zusammenfassung	110
Literaturverzeichnis		115

1 Einleitung

In der Diskussion um gesundheitliche Fragen rückt der Problemkreis der selbstschädigenden Verhaltensweisen in den Mittelpunkt des Interesses. Damit erhält auch die Auseinandersetzung mit alkoholbedingten Problemen einen neuen Stellenwert.

Im europäischen und amerikanischen Schrifttum wird in den letzten Jahren auf einen Anstieg des Alkoholismus bei Frauen hingewiesen, der vielerorts im Zusammenhang mit dem Wandel der sozialen Stellung der Frau gesehen wird.

Während sich im Jahre 1935 unter den Alkoholikerinnen nur 10 % Frauen befanden, wuchs dieser Anteil im Jahre 1968 auf 16 % (HOLZGREVE, 1978) und beträgt heute 25 % (DHS, 1983). Demnach befinden sich unter den 1,6 Millionen Alkoholkranken in der Bundesrepublik Deutschland 400 000 Frauen.

Der zunehmende Frauenalkoholismus wirft die Frage nach einer spezifischen Suchtentwicklung bei Frauen auf.

Unsere Untersuchung befaßt sich mit der Ursache des Alkoholismus sowie seiner Wirkung auf Psyche, Soma und soziales Umfeld der Frau. Die Zielvorstellung dabei ist nicht nur die Bestätigung oder Aktualisierung alkoholtypischer Merkmale, sondern auch durch den Vergleich zweier unterschiedlicher Alkoholikergruppen das bekannte Bild der Alkoholikerin kritisch zu überprüfen und somit einen Beitrag zur weiteren Erhellung des Phänomens "Alkoholismus bei Frauen" zu leisten.

Teil I

H. Krolle

Befunde bei 123 im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf sezierten Alkoholikerinnen

2.1 Material und Methode

Die Untersuchung stützt sich auf 123 Obduktionsprotokolle des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf aus den Jahren 1979-81, die zugehörigen kriminalpolizeilichen Ermittlungsakten und die Akten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf und Wuppertal.

Die Obduktionsprotokolle enthalten eine Beschreibung der Todesumstände und der inneren und äußeren Besichtigung des Leichnams. In der Mehrzahl der Fälle wurde eine Blutalkoholbestimmung aus venösem Schenkelblut und vereinzelt eine chemisch-toxikologische oder eine histologische Untersuchung durchgeführt. Die Akten schließen in der Regel mit einem vorläufigen oder endgültigen Gutachten ab.

Die kriminalpolizeilichen Ermittlungen beschränken sich in der Regel auf Tatortbeschreibung und Zeugenvernehmung. Die Akten der Staatsanwaltschaft enden nach Abschluß der Ermittlungen mit der rechtlichen Würdigung des Todesfalles.

Aus allen Obduktionsprotokollen der Jahre 1979-81 wählte ich 123 Akten aus, bei denen aufgrund kriminalpolizeilicher Ermittlungen oder rechtsmedizinischer Erkenntnisse mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von einem chronischen Alkoholabusus bei einer Frau ausgegangen werden konnte. Im allgemeinen waren die Milieuschilderungen der Polizei und die Aussagen von Verwandten, Nachbarn und Ärzten so eindeutig, daß an der Diagnose "Alkoholikerin" nicht gezweifelt werden konnte.

Die Akten über die 123 Alkoholikerinnen wurden einzeln ausgewertet, die Daten mit kleinstmöglichem Informationsverlust auf Karteikarten übertragen und so nach den wichtigsten Befunden rubrifiziert. Die so gewonnenen Ergebnisse wurden dann in Übersichtstabellen übertragen.

Zum besseren Vergleich untereinander bot sich die Einteilung der Ermittlungsergebnisse und Befunde bei den 123 Frauen in fünf Gruppen mit dem Kriterium "Todesursache" an. So bildeten 65 Frauen die größte Gruppe der "natürlich Verstorbenen", 22 Frauen die Gruppe der "Suicide", 20 diejenige der "Unfalltoten". 7 Alkoholikerinnen wurden zur Gruppe der "durch Fremdverschulden Verstorbenen" (Mord, Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge) zusammengefaßt. Bei 9 Frauen war die Todesursache ungeklärt.

Die Gruppen der "Suicide", der "Unfalltoten" und der durch "Fremdverschulden Verstorbenen" wurden zu der Gruppe der "gewaltsam Verstor-

benen" zusammengefaßt, um sie mit der Gruppe der "natürlich Verstorbenen" besser vergleichen zu können.

2.2 Soziodemographische Daten

Alter

Ergebnisse

Von allen 123 obduzierten Frauen war das Lebensalter zum Todeszeitpunkt bekannt. Das durchschnittliche Sterbealter lag für die Frauen des gesamten Sektionsgutes bei 45,8 Jahren. Die Altersangaben schwankten dabei zwischen 21 und 76 Jahren.

Die einzelnen Todesartengruppen unterschieden sich hinsichtlich ihres Durchschnittsalters erheblich. So wurden die "natürlich Verstorbenen" durchschnittlich 48,8 Jahre alt, während die "gewaltsam Verstorbenen" durchschnittlich nur ein Alter von 41,6 Jahren erreichten. Die Gruppe der "gewaltsam Verstorbenen" war hinsichtlich des Sterbealters homogen. Das Durchschnittsalter der Frauen in diesen Gruppen betrug bei den "Suiciden" 41,8 Jahre, bei den "Unfalltoten" 41,0 Jahre und bei den durch "Fremdverschulden Verstorbenen" 42,5 Jahre. Die Alkoholikerinnen, deren Todesursache ungeklärt war, verstarben durchschnittlich im Alter von 48,2 Jahren.

Der Anteil der "gewaltsam Verstorbenen" liegt in unserem Kollektiv bei 39,8 %. Bei den bis zu 40-Jährigen sind jedoch 58,9 %, bei den über 50-Jährigen 26,3 % eines gewaltsamen Todes verstorben.

Auffällig ist weiterhin das relativ niedrige Sterbealter in der Gruppe der Suicide. In dieser Gruppe zeigt sich ein Maximum in der Alterskurve bei den 31- bis 40-jährigen Frauen bei sonst gleichmäßigem Kurvenverlauf. Demgegenüber findet man in der Normalbevölkerung einen Anstieg der Selbstmordrate mit dem Lebensalter (HANSEL, 1972).

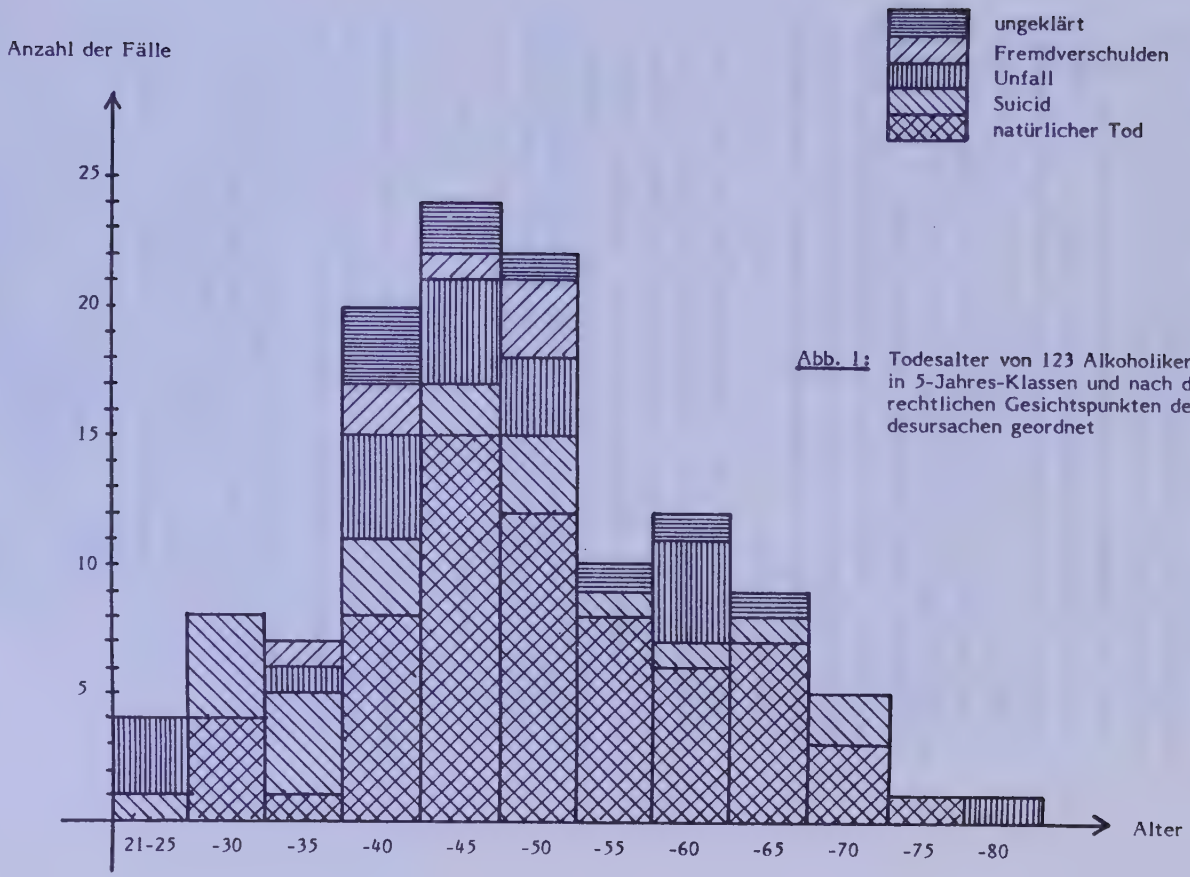


Abb. 1: Todesalter von 123 Alkoholikerinnen in 5-Jahres-Klassen und nach den rechtlichen Gesichtspunkten der Todesursachen geordnet

Diskussion

Das Sterbealter der Nichttrinker im rechtsmedizinischen Sektionsgut ist seit Jahren gleichgeblieben (NAEVE und KRAUSE, 1977). So nehme ich Bezug auf die Daten von ROSSEL (1969), der das Todesalter für die "natürlich verstorbenen" Nichttrinkerinnen mit 62,5 Jahren und das Todesalter der "gewaltsam verstorbenen" Nichttrinkerinnen mit 60,3 Jahren angibt. Bei der letztgenannten Gruppe erklärt sich das Durchschnittsalter vor allem aus dem hohen Anteil von älteren Verkehrstoten.

Im Gegensatz dazu hat sich das Sterbealter von Trinkerinnen in den letzten 20 Jahren verjüngt. So hat das Sterbealter für männliche und weibliche Trinker in der Los Angeles-Studie (CRAIG, 1980), die den Zeitraum von 1949 bis 1972 erfaßt, noch bei 53,2 Jahren gelegen. ROSSEL (1969) gibt bei seinen Untersuchungen aus den Jahren 1962/63 für "natürlich verstorbene" Trinkerinnen ein durchschnittliches Sterbealter von 50,6 Jahren und für die "gewaltsam verstorbenen" Trinkerinnen eines von 45,3 Jahren an.

In unserer Untersuchung liegen die Altersangaben bei 48,8 und 41,6 Jahren. Diese Verjüngung könnte in dem früheren Trinkbeginn (s. Teil II) der heutigen Alkoholikerinnen ihre beste Erklärung finden. Trotz besserer Diagnostik und größeren therapeutischen Möglichkeiten ist man auch heute noch nicht in der Lage, die Lebenserwartung der Alkoholikerinnen weiter zu erhöhen, schon weil der Abstand zwischen Trinkbeginn und Todesalter über Jahre gleichgeblieben ist.

Geburtsort

Von 119 Frauen war der Geburtsort bekannt.

Tab. 1: Geburtsort von 119 Frauen nach Ländern geordnet

Ort	n	Anzahl in %
NRW	73	61,3
Bundesrepublik	10	8,4
Berlin	2	1,7
DDR	15	12,6
ehem. deutsche Ostgebiete	15	12,6
Ausland	4	3,4
gesamt	119	100,0

34 Frauen (28,6 %) waren dennoch nicht mehr in ihrem Heimatland wohnhaft, und zwar die in der jetzigen DDR und den ehemals deutschen Ostgebieten sowie die im Ausland gebürtigen. Bei den 36 - 55-jährigen Frauen, also den Jahrgängen 1925-45, liegt der Prozentsatz "Entwurzelter" mit 36,8 % besonders hoch.

Diskussion

Gerade die unfreiwillige Trennung von Heimat und Geburtsort mit einer Herauslösung aus den gewachsenen sozialen Bindungen kann besonders bei labilen Personen eine "Entwurzelungsproblematik" entstehen lassen, die zu einer Suchtentwicklung führen kann. Diese "Entwurzelungsproblematik" hätte in unserem Kollektiv bei jeder dritten bis vierten Frau eine Rolle gespielt haben können.

Vergleichszahlen werden von ANTONS und SCHULZ angegeben, die im Jahre 1969 bei 1 434 in Suchtkliniken untersuchten Männern einen Anteil von 31,7 % "Entwurzelter" gefunden haben.

Zivilstand

Die bei Trinkern häufig beobachtete hohe Rate von zerbrochenen Ehen wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Einerseits wird die Scheidung als letzte Konsequenz des Partners auf die Krankheit des Alkoholikers angesehen, andererseits als Grund eines nun beginnenden Alkoholismus gewertet.

Dieser zweite Aspekt hat wahrscheinlich bei Trinkerinnen einen höheren Stellenwert als bei Trinkern, weiß man doch seit den Untersuchungen von BOCHNIK, BURCHARD und DIEK (1959), daß die Ursache der Trunksucht bei Frauen häufig in Partner-Familien-Konflikten liegt. Der Partnerverlust mit der nachfolgenden Einsamkeit als Ursache eines Alkoholismus verdient nicht nur bei einer Scheidung, sondern auch beim Verlust des Partners durch Tod Beachtung.

Der Einsamkeit der Alkoholikerin als Ursache für die Trunksucht steht demnach eine Schlüsselstellung im Verständnis dieser Krankheit zu.

UNIV. LIBRARY BASEL

Ergebnisse

Bei 121 der 123 Alkoholikerinnen konnte der Zivilstand ermittelt werden.

Tab. 2: Zivilstand von 121 Alkoholikerinnen und entsprechende Vergleichszahlen für die weibliche Normalbevölkerung

Zivilstand	Auswertung Düsseldorf abs.	%	Bundesrep. Deutschland %
ledig	14	11,5	12,1
verheiratet	53	43,8	64,1
getrennt	14	11,5	1,3
geschieden	20	16,5	3,5
verwitwet	20	16,5	19,1

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß sich der Anteil lediger und verwitweter Frauen unseres Untersuchungsgutes nur unwesentlich von demjenigen der Normalbevölkerung unterscheidet. Eine deutliche Abweichung vom Erwartungswert bietet jedoch der Anteil der verheirateten und alleinstehenden Frauen. Der große Anteil von 56,2 % der letzteren Gruppe geht dabei hauptsächlich zu Lasten der getrennt und geschieden lebenden Frauen. Dabei sind nicht die verheirateten Frauen erfaßt, die zwar räumlich mit ihrem Mann zusammenleben, aber keinerlei Beziehungen oder Gemeinsamkeiten mehr füreinander zeigen. So sind in der Vorgeschichte häufig "Gleichgültigkeit" und ein "fehlendes Eheleben seit Jahren" angegeben worden.

Diskussion

Die Ergebnisse aus unserem Kollektiv hinsichtlich des Zivilstandes den Untersuchungen von MANTEK aus dem Jahre 1979 und den Untersuchungen von FINKE aus dem Jahre 1980 gegenübergestellt ergeben Tabelle 3:

Tab. 3: Angaben über den Zivilstand von Alkoholikerinnen

Zivilstand	MANTEK	FINKE	Auswertung Düsseldorf
Alter	38,9 J.	39,0 J.	45,8 J.
ledig	24,2 %	23,3 %	11,5 %
verheiratet	48,5 %	40,0 %	43,8 %
getrennt	2,5 %	7,5 %	11,5 %
geschieden	23,2 %	25,0 %	16,5 %
verwitwet	1,4 %	4,1 %	19,0 %

Die Ergebnisse von MANTEK (1979) und FINKE (1980) zeigen in Tabelle 3 hinsichtlich Alter und Zivilstand der untersuchten Frauen große Übereinstimmung. Demgegenüber weichen unsere Ergebnisse von diesen in Alter und Zivilstand erheblich ab. So sind die Frauen unseres Samples durchschnittlich 7 Jahre älter; dementsprechend ist der Anteil der Ledigen kleiner, derjenige der Witwen größer.

Nicht durch eine Altersdifferenz zu erklären ist aber der kleinere Anteil geschiedener und der größere Anteil der getrennt lebenden Frauen unseres Untersuchungsgutes im Vergleich zu den Ergebnissen der beiden anderen Autoren. Es sei denn, man postuliere eine gewisse Scheidungsängstlichkeit bei den älteren Jahrgängen, die das Getrenntleben der Scheidung vorziehen. Der Anteil geschiedener und getrennt lebender Frauen ist nämlich mit 25,7 % (MANTEK), 32,5 % (FINKE) und 28,0 % (Auswertung Düsseldorf) in allen 3 Untersuchungen annähernd gleich.

Demgegenüber weist die Bundesstatistik mit 4,8 % nur einen geringen Anteil von geschiedenen und getrennt lebenden Frauen auf. Eine räumliche Trennung oder eine Scheidung kommt demnach bei Alkoholikerinnen 5,3 bis 6,7 mal häufiger als in der Normalbevölkerung vor - ein Hinweis darauf, daß eine gestörte Partnerbeziehung häufig ein Problem der Alkoholikerin ist.

Berufstätigkeit

Von den 123 Frauen waren 30 Frauen (24,4 %) zum Zeitpunkt des Todes erwerbstätig, 49 waren Hausfrauen, 20 Rentnerinnen und 26 arbeitslos.

Um eine sinnvolle Vergleichsmöglichkeit mit der Durchschnittsbevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zu bekommen, wurden die 8 Frauen, die älter als 65 Jahre geworden und Rentnerin waren, ausgesondert.

Tab. 4: Berufsstruktur von 115 Alkoholikerinnen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren und entsprechende Vergleichsangaben für die weibliche Normalbevölkerung

Berufsstruktur	Auswertung Düsseldorf	Nordrh.-Westf.
Erwerbstätige	26,1 %	44,5 %
Hausfrauen	42,6 %	46,4 %
Erwerbslose (inkl. Rentner)	31,3 %	9,0 %

Aus Tabelle 4 ist zu erkennen, daß der Anteil Erwerbsloser unseres Kollektivs im Vergleich zur Verteilung in Nordrhein-Westfalen deutlich höher liegt.

Zu den Erwerbslosen gehören 15 Frauen "ohne Beruf", 12 Rentnerinnen (8 Witwen, 6 Frauen unter 60 Jahren) und 9 arbeitslose Frauen. Bei 5 der 15 Frauen "ohne Beruf" wurden früher ausgeübte Tätigkeiten erwähnt. Eine Frau war Buchhändlerin, eine Stenotypistin, eine kaufmännische Angestellte, und 2 Frauen waren ehemals Wirtinnen.

Bei den 9 arbeitslosen Frauen wurden 8 verschiedene Berufe angegeben, und zwar je eine Apothekenhelferin, Arzthelferin, Auslandskorrespondentin, kaufmännische Angestellte, Stadtangestellte und Wirtin, während der Beruf Dolmetscherin zweimal angegeben wurde. Demnach handelt es sich bei den arbeitslosen Frauen ausnahmslos um ehemalige Angestellte.

Von den 30 Erwerbstätigen waren 14 Angestellte, 4 Arbeiterinnen und 6 selbständig tätig. Sechs Frauen gingen der Prostitution nach.

Tab. 5: Arbeitsverhältnisse von 30 Erwerbstätigen und entsprechende Vergleichszahlen für die weibliche Normalbevölkerung

Arbeitsverhältnis	Auswertung Düsseldorf	Nordrh.-Westf.
Selbständige	20,0 %	20,0 %
Angestellte	46,6 %	47,6 %
Arbeiterinnen	13,3 %	32,4 %
Prostituierte	20,0 %	-

Tabelle 5 zeigt, daß sich die Alkoholikerinnen unseres Kollektivs hinsichtlich ihres Arbeitsverhältnisses von der Normalbevölkerung nur durch ihren kleineren Anteil Arbeiterinnen zugunsten eines großen Anteils von Prostituierten unterscheiden.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die ehemaligen Berufe der arbeitslosen Frauen ausschließlich den Angestelltenverhältnisssen zuzuordnen sind, ergibt sich die bedeutsame Feststellung, daß die Angestellten unter den Alkoholikerinnen erheblich überrepräsentiert sind.

Alkoholnaher Beruf

GUNDEL (1972) definiert alkoholnahe Berufe als "Tätigkeiten mit einem hohen Opportunitätsbudget", d.h. "Berufe, in denen der Alkohol ohne stringente Maßnahme toleriert wird". Solche Berufe wurden von 12 Erwerbstätigen angegeben, und zwar der Beruf Wirtin viermal, derjenige der Prostituierten sechsmal und derjenige der Kellnerin und der Stewardess je einmal.

Da das Opportunitätsbudget bei dem Beruf der Dolmetscherin und - im Hinblick auf eine Drogenabhängigkeit - bei dem der Apotheken- und dem der Arzthelferin fraglich ist, wurden diese Berufe nicht als alkoholnah gewertet.

So übten 12 der 123 Frauen (12,2 %) einen alkoholnahen Beruf aus. Bezogen auf die 30 Erwerbstätigen liegt dieser Anteil mit 40 % ungewöhnlich hoch, vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, daß nur 11 % der Normalbevölkerung "Alkoholberufler" sind (FEUERLEIN, 1981).

Bei den zum Zeitpunkt des Todes Erwerbslosen wurde von 10 bekanntgewordenen Berufen dreimal der "Alkoholberuf" Wirtin genannt.

Diskussion

Als auffällige Differenz zu den Angaben anderer Autoren stellt der kleine Anteil erwerbstätiger Frauen (24,4 %) in unserem Kollektiv zugunsten eines großen Anteils von Hausfrauen und Rentnerinnen mit einem hohen Durchschnittsalter und einer langen Trunksuchtdauer das terminale Stadium einer Alkoholikerkarriere mit all seinen Konsequenzen, wozu auch Arbeitsunfähigkeit gehört, dar, während DAHLGREN (1979), MANTEK (1979), LAUSBERG (1975), LUCAS (1963), DANNENKOPPEL (1971) etc. ihre Ergebnisse von Patientinnen aus Krankenhäusern und Suchtkliniken, die - wesentlich jünger und mit kürzerer Trinkdauer (s. Dave) - eine gewisse positive Selektion darstellen, gewonnen haben.

Der Anteil alkoholnaher Berufe am gesamten Berufsspektrum Alkoholikerinnen scheint in den letzten Jahren abzunehmen. So findet SEYBERTH 1963 noch bei 40 % der Frauen alkoholnahe Berufe, die bei WESSELY und PERNHAUPT 1973 nur noch 20 %, bei MARCKWORT 1973 16,7 %, bei LAUSBERG 1975 8,8 % und bei FINKE 1980 9 % ausmachen. Diese Annahme versucht man durch eine aufgrund steigender Alkoholismusrate bei Frauen bedingte Erweiterung des Berufsspektrums zu erklären.

Auch wir kommen mit 12,2 % zu einem ähnlichen Ergebnis. Signifikant anders wird dieses Verhältnis aber, wenn man den Anteil der Frauen mit alkoholnahen Berufen in Relation zu allen Erwerbstätigen stellt. Dann entfallen auf die Tätigkeiten Gastwirtin, Stewardess, Kellnerin und Prostituierte 40 % aller ausgeübten Berufe.

Da diese Berufe nicht nur ein hohes Opportunitätsbudget zeigen, sondern auch, abgesehen von dem Beruf der Stewardess, nur eine niedrige Qualifikation erfordern, kann man diese Berufe als typische Abstiegsberufe werten, die nicht nur Alkoholiker produzieren, sondern auch ein Sammelbecken derjenigen Personen bilden, "die schon vorher eine Neigung zum Alkoholmißbrauch gehabt haben" (FEUERLEIN, 1981).

Daß diese Wertung auch im allgemeinen Sprachgebrauch Eingang gefunden hat, zeigen Alliterationen und Aussprüche wie "Wer nichts wird, wird Wirt" und "Der Wirt war sein bester Kunde".

Wohngemeinschaft

Da der Zivilstand keine Aussagen zuläßt, ob ledige Frauen auch tatsächlich alleine oder Verheiratete wirklich zusammenleben, habe ich die Alkoholikerinnen hinsichtlich ihrer Wohngemeinschaft untersucht.

Ergebnisse

Aussagen über die Wohngemeinschaft waren in allen 123 Fällen zu erhalten. Unsere Auswertung stellte ich zum Vergleich den Ergebnissen von FINKE (1980) gegenüber. FINKE (1980) gewann seine Daten in den Jahren 1975/76 aus 120 Krankenprotokollen von Alkoholikerinnen aus München und Wilhelmsdorf.

Tab. 6: Wohngemeinschaften von 123 Alkoholikerinnen und Vergleichsangaben aus einer Untersuchung FINKEs von 1975/76

Wohngemeinschaft	Auswertung Düsseldorf	FINKE
alleine lebend	27,6 %	27,4 %
mit Partner, ohne Kind	34,1 %	21,7 %
mit Partner und Kind	26,8 %	29,2 %
ohne Partner, mit Kind	7,3 %	7,5 %
mit Eltern oder Verwandten	4,0 %	12,5 %

Die Ergebnisse zeigen bis auf die zweite und die fünfte Zeile eine große Übereinstimmung. Die Differenz in diesen beiden Zeilen könnte durch das unterschiedliche Durchschnittsalter beider Stichproben bedingt sein, das bei unserem Kollektiv bei 45,8 Jahren und bei FINKE bei 39,0 Jahren liegt. Weil der Anteil der jüngeren Frauen bei FINKE größer ist, sind in seinem Untersuchungsmaterial mehr Frauen zu erwarten, die noch bei ihren Eltern wohnen. Dementsprechend wird sich möglicherweise dieser Anteil 7 Jahre später zugunsten der Partner verschieben und so der Verteilung unseres Kollektivs nahekommen.

Bei beiden Untersuchungen fällt der hohe Anteil alleinlebender Frauen auf. FINKE führt dieses Phänomen auf den besonders hohen Prozentsatz geschiedener und getrenntlebender Frauen seiner Stichprobe zurück. Diese These wird durch unsere Untersuchung bestätigt: Von 34 alleinlebenden Frauen hat in 33 Fällen der Zivilstand festgestellt werden können. Davon sind nur 30,3 % ledig, 69,7 % der Frauen verheiratet gewesen. Dabei sind die Witwen mit 47,8 % aller alleinlebenden nicht ledigen Frauen am häufigsten vertreten. Es folgen mit 34,8 % die geschiedenen und mit 17,4 % die getrenntlebenden Frauen.

Diese Zahlen weichen erheblich von der Durchschnittsbevölkerung ab. In der nordrhein-westfälischen Statistik über den Zivilstand findet sich zwar die gleiche Rangfolge bei den alleinlebenden nicht ledigen Frauen wieder, jedoch ist dort die Gruppe der Witwen mit 85,1 % wesentlich stärker vertreten als in unserem Kollektiv. Die geschiedenen Frauen bilden mit 11,0 % und die getrenntlebenden mit 3,8 % die Minderheit (STATISTISCHES JAHRBUCH FÜR NRW, 1982).

Der hohe Anteil von 27,6 % alleinlebender Frauen unseres Kollektivs, "Frauen ohne Männer" wird durch die Gruppe der Frauen ohne Partner, aber mit Kindern (7,3 %) vergrößert. Diese Gruppe weist eine besondere Bedeutung auf, weil in unserer Gesellschaft eine Frau ohne Mann noch weitgehend als ein Halbwesen angesehen wird, daß auf der untersten Stufe der gesellschaftlichen Rangskala steht (ENQUETE-KOMMISSION, 1981).

Erst durch eine Heirat, einen Mann, bekommt die Frau eine Aufwertung, die freilich fragwürdig ist, da sie nicht ihr als Person, sondern dem Ansehen des Mannes gilt (HARMSEN, 1970). Unter diesem gesellschaftlichen Druck stehend, wird die alleinlebende Alkoholikerin nicht nur wegen ihrer Sucht, sondern auch wegen ihres Status immer mehr ins Abseits gedrängt. Diese zunehmende Isolation bedingt eine immer

größer werdende Orientierungslosigkeit, die der Alkoholikerin die Chance nimmt, sich von ihrer Sucht zu befreien.

Der Partner der Alkoholikerin

GLATT widmet 1969 in seinem Buch "The alcoholics and the help he needs" Ehemännern von Alkoholikerinnen ein Kapitel. Darin beschreibt er eine Studie am St. Bernard-Spital mit dem Ergebnis, daß auch die Ehemänner trinkender Frauen große Persönlichkeitsprobleme haben und in drei Persönlichkeitstypen unterschieden werden können.

Die erste Gruppe wird von den Männern gebildet, deren Frauen schon vor der Eheschließung tranken. Unter diesen Ehemännern findet man besonders häufig Alkoholiker sowie Männer mit schweren sexuellen Problemen oder körperlichen Behinderungen, die sie in einer Ehe mit einer Alkoholikerin, die noch größere Probleme hat, weniger stark empfinden. Die beiden anderen Persönlichkeitstypen werden von Männern gebildet, deren Frauen erst in der Ehe angefangen haben zu trinken. Bei diesen Männern kann man zwischen dem dominierenden Ehegatten, meist älter als die Ehefrau, die erst nach Mut-Antrinken wagt zu widersprechen, und dem unterlegenen Ehemann unterscheiden, der - völlig unter dem Einfluß seiner Ehefrau stehend - durch das Trinkverhalten seiner Gattin zusätzlich bestraft wird.

Welchem dieser drei Persönlichkeitstypen mit zum Teil sehr spezifischen Problemen die jeweiligen Partner der Alkoholikerinnen unseres Kollektivs zuzuordnen sind, ist schwer zu ermitteln. Meistens hat der Trinkbeginn des männlichen Partners (Ehemann/Freund) nicht festgestellt und somit nicht in Bezug zum Trinkbeginn der Alkoholikerin gesetzt werden können. Auch wurden selten Angaben über die Ehe oder Beziehung gemacht; wenn Angaben vorliegen, dann zwangsläufig aus dritter Hand. So hat sich die Einteilung auf Ehemann/Freund, Alter und Beruf, Trinkverhalten und bekannt gewordene Tätlichkeiten beschränken müssen.

Ergebnisse

78 Frauen, demnach 63,4 %, haben zum Zeitpunkt des Todes mit einem Mann zusammen gelebt. Angaben über Ehemann/Freund haben in 85 der Fälle den Akten entnommen werden können. Die Differenz von 7 kommt durch Aussagen über nicht im Haushalt lebende Ehemänner/Freunde zustande.

Auch zum Alter und Beruf des Mannes werden nicht regelmäßig Aussagen gemacht. So wurden nur in 72 Fällen Auskunft über den Beruf und in nur 70 Fällen Angaben über das Alter des jeweiligen Mannes erteilt. Durchschnittlich war der männliche Partner 46,8 Jahre alt und somit ein Jahr älter als die Alkoholikerin.

Von den 85 männlichen Partnern waren 61 Ehemänner und 24 Freunde. Von den 61 Ehemännern lebten nur 49 mit ihrer Ehefrau zusammen, 8 lebten getrennt, 3 waren geschieden und einer verstorben. In 24 Fällen bezogen sich die Angaben auf den Freund der Alkoholikerin. Von den Frauen, die mit einem Freund zusammen lebten, waren 11 geschieden, 6 verwitwet und 3 verheiratet, aber getrennt lebend. Nur 2 der 24 Frauen, die einen Freund hatten, waren noch ledig. Über 2 weitere Frauen konnten keine Angaben über den Zivilstand erlangt werden.

Von den 24 Freunden war in 17 Fällen das Alter bekannt. Erstaunlicherweise war in 12 Fällen der Freund jünger als die Alkoholikerin und nur in 4 Fällen älter beziehungsweise einmal gleich alt. In 12 Fällen war der Freund erheblich ($\geq$ 5 Jahre) jünger oder älter mit einer durchschnittlichen Altersabweichung von 8,6 Jahren.

Demgegenüber waren die Ehemänner - bei 55 konnte das Alter ermittelt werden - 40 mal älter, 4 mal gleich alt und nur in 11 Fällen jünger als die Frau. Erheblich jünger oder älter bei einer durchschnittlichen Altersabweichung von 4,3 Jahren waren 20 Ehemänner.

Tab. 7: Altersbeziehung der Partner zur Alkoholikerin in %

Altersbeziehung	Ehemänner	Freunde
älter als Frau/Freundin	72,7 %	23,5 %
erheblich älter	29,0 %	17,6 %
jünger als Frau/Freundin	20,0 %	70,5 %
erheblich jünger	7,2 %	52,9 %
erhebliche Altersabweichung	36,2 %	70,5 %
Altersabweichung Ø	4,3 Jahre	8,6 Jahre

Altersabweichungen von mehr als 5 Jahren zwischen Partner und Alkoholikerin wurden in 32 Fällen (44,4 %) ermittelt. 13 Männer waren erheblich jünger, 19 erheblich älter als ihre Ehefrau/Freundin. Von den 13 erheblich jüngeren Männern waren 9 Freunde und 4 Ehemänner.

Der Ehestand der Alkoholikerinnen dieser Gruppe ist besonders auffällig. Es fanden sich 5 verwitwete, 4 geschiedene und 4 verheiratete Frauen. 2 der 4 verheirateten Frauen waren in zweiter Ehe verheiratet. 3 der 4 verheirateten Frauen lebten von ihren Ehegatten getrennt.

4 Männer waren zeitweise gewalttätig gegenüber ihrer Partnerin. Dabei handelte es sich in 3 Fällen um den Ehegatten. Alle Zweitgatten schlugen ihre Ehefrauen. In 2 Fällen mußte die Polizei einschreiten, die einmal den Ehestreit schlichten konnte, in einem weiteren Fall wegen besonders schwerer Körperverletzung sogar Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstatten mußte.

10 der 13 erheblich jüngeren Partner waren ebenfalls Trinker. Bei den erheblich älteren Partnern handelte es sich in 15 Fällen um den Ehemann und 4 mal um den Freund der Frau. Der Ehestand dieser Alkoholikerinnen steht hinsichtlich gesellschaftlicher Normen im Gegensatz zur ersten Gruppe "normaler" Frauen. Unter ihnen finden sich 2 verwitwete, 2 geschiedene und 15 verheiratete Frauen, von denen aber 2 die Scheidung anstrebten. 3 der 15 verheirateten Frauen waren mehrmals verheiratet gewesen.

Gewalt gegenüber ihren Frauen verübten 2 der erheblich älteren Männer; einer tötete seine Frau. In 7 von 15 Fällen wird Trunksucht bei den erheblich älteren Männern erwähnt.

Tabelle 8 soll die Unterschiede zwischen den erheblich jüngeren und älteren Partnern verdeutlichen.

Tab. 8: Erheblich ältere und jüngere Partner

Alter des Partners im Verhältnis zur Alkoholikerin	erheblich älter	gleich alt	erheblich jünger
Anteil der bei ihren Ehemännern lebenden Frauen	68,4 %	76,9 %	7,6 %
Anteil der schlagenden Partner	10,5 %	15,0 %	30,7 %
Anteil der trinkenden Partner	46,6 %	40,0 %	76,9 %

Vergleicht man die einzelnen Altersgruppen miteinander, so kann man folgende Bilanz ziehen: Die höchste Devianz besteht in der Gruppe der

erheblich jüngeren Partner. Sie weist die meisten gescheiterten Ehen bei den Alkoholikerinnen und den größten Anteil an schlagenden und trinkenden Männern auf.

Demgegenüber gleichen sich die Daten der erheblich älteren denen der gleich alten Männer an. Es finden sich zwar mehr trinkende, dafür aber weniger schlagende Männer in der Gruppe der erheblich älteren Partner als in der Gruppe der gleich alten Partner. Es zeigt sich jedoch auch, daß jede dritte Ehe einer Alkoholikerin mit einem erheblich älteren Partner gescheitert ist.

Berufe der Partner

Von 71 der 85 Männer konnte der Beruf ermittelt werden. Von diesen 71 Männern waren zum Zeitpunkt des Todes ihrer Partnerin nur 46 (64 %) erwerbstätig, 25 entweder arbeitslos, krankgeschrieben oder berentet.

Tab. 9: Anteil der Erwerbstätigen und Erwerbslosen bei den Partnern der Alkoholikerin und Vergleichsangaben zur nordrhein-westfälischen Wohnbevölkerung

Tätigkeit	Auswertung Düsseldorf n	%		Nordrhein-Westfalen %
Arbeiter	25	35,2 %		37,5 %
Angestellte	13	18,3 %		31,1 %
Selbständige	8	11,3 %		6,9 %
Arbeitslose	12	16,9 %		
Arbeitsunfähige + Sozialhilfeempfg.	8	11,3 %	35,2 %	24,3 %
Rentner	5	7,0 %		
gesamt	71	100,0 %		100,0 %

In unserem Kollektiv waren zum Zeitpunkt des Todes der Alkoholikerin 64 % der Freunde, aber nur 25,9 % der Ehepartner erwerbslos. Bei den Erwerbstätigen übten nur 33,3 % der Freunde, aber 57,5 % der Ehemänner Berufe mit höherem Sozialprestige wie Angestellter oder Selbständiger aus.

Ein Berufsvergleich zwischen den Ehefrauen und den Frauen mit Freunden erfordert die Unterteilung in Erwerbstätige, Erwerbslose und Hausfrauen. Dabei soll der Beruf der Hausfrau nicht diskriminiert, sondern

seine Sonderstellung bei der besonderen Problematik des Alkoholismus betont werden. Wenn auch die Bezeichnung "Hausfrau" im allgemeinen als Beruf anzuerkennen ist, so kann noch nicht ohne weiteres gefolgert werden, daß diese Tätigkeit auch tatsächlich ausgeführt wird. Andererseits kehren bei der heutigen Wirtschaftslage viele Frauen, die arbeitslos geworden sind, notgedrungen wieder an den "häuslichen Herd" zurück und tragen die Berufsbezeichnung "Hausfrau", ohne sich diesen Beruf ausgesucht zu haben. Das gleiche Schicksal wird auch diejenigen Frauen ereilen, die aufgrund ihrer Sucht einen Verlust des Arbeitsplatzes erlitten haben.

Von allen Freundinnen/Ehefrauen konnte der Beruf ermittelt werden. 62,5 % der Alkoholikerinnen mit Freund, aber nur 16,4 % der trinkenden Ehefrauen waren erwerbslos. 16,6 % der Frauen mit Freund, aber 65,5 % der Ehefrauen fielen unter die Rubrik Hausfrau. Erwerbstätig waren 20,8 % der Alkoholikerinnen mit Freund und 18 % der Alkoholikerinnen mit Ehemann.

4 der 5 erwerbstätigen Frauen mit Freund und 2 der 11 erwerbstätigen Ehefrauen übten den Beruf einer Gastwirtin oder Prostituierten aus.

Aus Tabelle 10 (S. 19) wird ersichtlich, daß der Anteil Erwerbsloser und Hausfrauen zusammen bei den Ehefrauen und den Frauen mit Freund gleich ist, daß aber der Anteil der Hausfrauen bei den Ehefrauen deutlich größer als bei den Frauen mit Freund ausfällt.

So werden anscheinend trinkende Ehefrauen, die den gemeinsamen Haushalt versorgen, von der Polizei als Hausfrauen eingestuft, während Alkoholikerinnen, die mit einem Freund zusammen leben und sich ebenfalls um den Haushalt kümmern, in der Regel als arbeitslos deklariert werden.

Somit ist auch in der Statistik eine Ehefrau geschützter als eine alleinstehende Frau.

Trunksucht der Partner

In der Literatur wird Trunksucht bei Partnern alkoholsüchtiger Frauen mit 16 bis 40 % angegeben (VAN AMBERG, 1943; DESHAIES, 1965; KINSEY, 1966; LISANSKY, 1957; MARCKWORT, 1973; ROSENBAUM, 1958, WESSELY und PERNHAUPT, 1973). BERNER und SOLMS (1953), BOCHNIK (1970) und DAHLGREN (1979) beschreiben sogar Werte von über 50 %.

In unserer Untersuchung waren 41 der 85 Partner (48,2 %) Alkoholiker. Wahrscheinlich liegt die Dunkelziffer höher. Von den Freunden der Alkoholikerinnen waren 87,5 % ebenfalls, von den Ehepartnern dagegen nur 32,7 % Trinker.

Leider war es nicht möglich, den Zeitpunkt des Beginns der Trunksucht des jeweiligen Partners der alkoholkranken Frau zu ermitteln. Somit entfiel eine Möglichkeit der Einordnung der Partner in eine der drei Persönlichkeitskategorien nach GLATT (1978).

Tab. 10: Erwerbssituation von Ehepartnern und Freundespaaren

Erwerbssituation	Ehemann	Ehefrau	Freund	Freundin
erwerbslos	25,9 %	16,4 %	64,0 %	62,5 %
erwerbstätig	74,1 %	18,0 %	36,0 %	20,8 %
Hausfrau	-	65,5 %	-	16,6 %
gesamt n	54	61	17	24

Zusammenfassung

Die Ergebnisse unseres Kollektivs lassen folgenden Schluß zu: Trinkende Ehefrauen haben häufig einen trinkenden Ehemann. Der Ehemann ist, wahrscheinlich aufgrund seiner Sucht, häufiger arbeitslos als nicht trinkende Ehemänner. Die Alkoholikerin ist in dieser Ehe gesellschaftlich geschützt und arbeitet meist als Hausfrau. Kommt es zu einem Scheitern der Ehe, sucht sich die Alkoholikerin bevorzugt jüngere, trinkende und sozial schwächere Männer als neue Partner aus.

Ob die Trinkerin diese Wahl aus suchtbedingtem Instinktmangel oder wegen eingeschränkter Auswahlmöglichkeit trifft, bleibt dahingestellt. Jedenfalls müßte auch diskutiert werden, ob sich die Alkoholikerin nicht deshalb für einen jüngeren, trinkenden und sozial schwächeren Partner entscheidet, um in der neuen Beziehung wegen ihres Alters und ihrer sozialen Vergangenheit eine dominierende Rolle einzunehmen.

Diese fragliche Dominanz erkauft sich die Trinkerin durch einen sozialen Abstieg, schon weil sie ihre gesellschaftlich geschützte Rolle als Hausfrau und Ehefrau abgeben muß und ihr der neue Partner wegen seiner Trunksucht und Arbeitslosigkeit in der Regel nicht die wirtschaftliche Sicherheit wie der Ehemann geben kann.

Kinder

Dieses Thema könnte man in zwei Aspekte unterteilen. Zum einen könnte die Thematik "die Alkoholikerin mit Kind" und zum anderen "das Kind der Alkoholikerin" lauten. Zur Erörterung beider Themen möchte ich kurz auf die jetzige Situation der Mutter in der Bundesrepublik eingehen.

"Pflege und Erziehung sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht", lautet der zweite Absatz im sechsten Artikel unseres Grundgesetzes. "Da Frau und Mann, Mutter und Vater gleichberechtigt sind, (Art. 3 Abs. 2 GG) und jeder Ehegatte auf die Belange des anderen und der Familie die gebotene Rücksicht zu nehmen hat" (ENQUETE-KOMMISSION, 1981), sollte die Erziehung der Kinder eine partnerschaftliche Aufgabe sein.

Diese Gemeinschaftsaufgabe entspricht in der Regel nicht den Tatsachen. In Familien, in denen die Frau die Hausarbeit verrichtet und der Mann erwerbstätig ist, fällt die Erziehungspflicht fast ausschließlich in den Aufgabenbereich der Frau. Doch auch in Familien, in denen beide Ehepartner einer Erwerbstätigkeit nachgehen - 1975 waren 44,9 % aller verheirateten Frauen erwerbstätig -, widmen sich 72 % der Frauen, aber nur 16 % der Männer der Hausarbeit (INFAS, 1973), zu der auch Erziehung und Pflege der Kinder gehören.

Also spielt die Mutter nach wie vor bei der Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit die Hauptrolle als Erzieherin. Hauptsächlich sie vermittelt dem Kind Werte und Normen der Gesellschaft, welche es jedoch nur dann annehmen kann, wenn es sich mit der Mutter oder den Eltern identifiziert. Die Identifikation des Kindes mit den Eltern ist jedoch von der emotionalen Bindung zu ihnen und ihren Erziehungsmaßnahmen abhängig (BENAD, 1973).

Von diesen Ansprüchen des Kindes und der Erwartung der Gesellschaft an die Mutter als seine Erzieherin ist die Alkoholikerin überfordert. Ihre Sucht bedeutet eine mangelnde Disziplin sich selbst gegenüber und eine emotionale Instabilität, die sich zwangsläufig auf das Kind übertragen wird, das einmal eine nüchterne, überfürsorgliche, ein anderes Mal eine betrunkene, ablehnende Mutter erlebt. Diese mangelnde Beständigkeit in der Erziehung, "Schaukelerziehung", wie sie HOLZGREVE (1978) nannte, zusammen mit dem kontroversen Verhalten der Ehepartner zueinander wird auf Dauer dem Kind keine Sicherheit geben können. Andere Bezugs-

personen als die Eltern oder mitleidende Geschwister wird das Kind nur selten kennenlernen, schon weil die Trinksucht der Mutter als nicht gesellschaftsfähig den Bekanntenkreis des Kindes nicht gerade erweitern wird.

Somit wird ein Kind einer alkoholsüchtigen Mutter oder auch eines solchen Vaters später schwer in der Lage sein, gefühlsmäßige Bindungen einzugehen, deren Stabilität es bei den Eltern nie erlebt hat, und gesellschaftliche Wertvorstellungen zu internalisieren, mit denen es sich nie hat identifizieren können, weil seine Eltern sie ihm nicht vorgelebt haben.

WÜTHRICH (1974) belegt diese Annahme durch den Nachweis einer signifikanten Alkoholikerrate bei Kindern aus "broken home"-Verhältnissen. HOLZGREVE (1978) schätzt die Quote auf bis zu 50 %. FEUERLEIN (1981) weist auf polnische und amerikanische Studien hin, in denen unter Alkoholikerkindern sehr viel häufiger Schulrepetenten, Hilfsschüler und Kriminelle gefunden wurden, als in der Normalbevölkerung.

"Die Frühdiagnose des Alkoholismus der Mutter und seine Therapie wird somit zur wichtigsten Maßnahme gegen die Unangepaßtheit der Alkoholikerkinder, die die psychopathischen, nachlässigen und instabilen Eltern von morgen sein können" (GLATT, 1976).

Auf die trinkende Mutter bezogen, wird sich deren Erkenntnis eines erneuten Versagens auf ihre Sucht im Sinne einer Steigerung auswirken können. Somit wäre der Grundstein eines circulus vitiosus für Mutter und Kind gelegt. Andererseits wäre es aber denkbar, daß ein Kind der Trinkerin den Lebensinhalt geben könnte, dessen Fehlen die Sucht hervorgerufen hat.

Ergebnisse

Von 81 Frauen (65,9 %) unseres Kollektivs liegen genaue Angaben über die Kinderzahl vor. Insgesamt hatten diese 81 Mütter 152 Kinder. Tatsächlich mit ihren Kindern zusammen lebten zum Zeitpunkt ihres Todes nur noch 40 Frauen oder - anders ausgedrückt - 76 Kinder lebten noch bei ihrer Mutter. Die durchschnittliche Anzahl der bei ihrer Mutter lebenden Kinder beträgt demnach in unserem Kollektiv 1,9 und entspricht somit fast dem bundesdeutschen Durchschnittswert von 1,8.

Alter der Mutter

Das Durchschnittsalter der Alkoholikerin bei der Geburt des 1. Kindes liegt ebenso wie in der "Normalbevölkerung" bei 24,7 Jahren. Während der Anteil junger erstgebärender Mütter (≤ 20 Jahre) mit 24,4 % mit dem entsprechenden Vergleichswert in der "Normalbevölkerung" übereinstimmt, liegt der Anteil späterstgebärender Mütter (≥ 30 Jahre) mit 22,2 % in unserem Kollektiv 6 % über dem entsprechenden Vergleichswert in der Bundesrepublik.

Ob der größere Anteil Späterstgebärender unseres Kollektivs durch eine niedrige Fertilität der Alkoholikerinnen oder durch ein spätes Heiratsalter zustande kommt, konnte nicht ermittelt werden.

Ehelichkeit der Kinder

Von 152 Kinder stammten 11 aus erster Ehe, 14 wurden nichtehelich geboren und 2 adoptiert. Demnach wuchsen 27 Kinder (17,7 %) nicht bei ihrem leiblichen Vater auf. In der Gruppe der Suicide liegt dieser Anteil mit 33,3 % (8 von 27 Kindern) sogar erheblich höher.

Der Anteil nichtehelicher Kinder weicht dagegen mit 9,2 % in unserem Untersuchungsgut nicht wesentlich von dem der "Normalbevölkerung" mit 7,9 % ab.

Berufstätigkeit der Mutter

8 der 30 Mütter mit minderjährigen Kindern sind berufstätig gewesen (26,6 %). Diese Erwerbungsquote ist - bundesweit gesehen - niedrig. So sind 1981 bundesweit 43,9 % der Mütter mit minderjährigen Kindern in der Familie erwerbstätig gewesen. Bezogen auf den Ehestand hat die Erwerbungsquote in der Normalbevölkerung bei den geschiedenen Müttern sogar bei 68 % gelegen (STAT. JAHRBUCH, 1982).

Bei den Berufsbildern sind in unserem Sample bei den Müttern von der Prostituierten bis zur Kauffrau alle sozialen Schichten vertreten.

Erziehung

14 der 152 Kinder (9,8%) wuchsen in Heimen oder bei Pflegeeltern auf. 40 Mütter lebten zum Zeitpunkt des Todes noch mit ihren Kindern zusammen. In 10 Familien haben ausschließlich volljährige, in 30 auch oder ausschließlich minderjährige Kinder gelebt.

In 8 Familien hat die Alkoholikerin ihre Kinder alleine, in einer zusammen mit der Großmutter und in den restlichen 31 mit dem Ehemann oder Freund erzogen. In 20 % war die Mutter also alleinerziehend und alleinstehend.

Demgegenüber waren in der "Normalbevölkerung" 1981 nur 11,8 % aller Mütter mit ledigen Kindern alleinstehend. Der Anteil alleinerziehender Mütter in der "Normalbevölkerung" wird demnach noch niedriger anzusetzen sein, da nicht alle alleinstehenden Mütter (Ledige, Geschiedene, Witwen) auch de facto alleinlebend und damit alleinerziehend sind.

Mißstände bezüglich der Kindeserziehung führten in bestimmten Fällen zur Einschaltung des Jugendamtes oder es wurde den Eltern das Sorgerecht entzogen. In einem Fall erfuhr die Polizei nach dem Tode einer 44jährigen Prostituierten, daß deren 14jährige Tochter seit 3 Jahren mit Wissen der Eltern bei einem 45jährigen, alleinstehenden Mann lebte.

Von Kindesmißhandlungen liegen nur wenige Angaben vor. Doch kann davon ausgegangen werden, daß in den Familien, in denen Frauen mißhandelt werden (16,6 %), auch die Kinder nicht verschont bleiben.

Wie sich die Sucht der Mutter seelisch auf die Kinder auswirkt, hat nicht ermittelt werden können. In 2 Fällen muß das Verhalten des Kindes in Zusammenhang mit dem Tod der Mutter gesehen werden. Einmal hat eine 40jährige Alkoholikerin nach einer Auseinandersetzung mit ihrem Sohn aus erster Ehe einen Suicid begangen. Im zweiten Fall ist eine 50jährige Trinkerin durch die Faustschläge ihres 17jährigen Sohnes gestorben.

Wohnungsgröße und -zustand

Für die Wohnungsmiete wird heutzutage ein Großteil des Familiennettoeinkommens aufgewendet. Deshalb kann die Wohnungsgröße, ausgedrückt in Wohn- und Schlafzimmerzahl, unter Berücksichtigung der Grundflächengröße, der Lage und des Zustands der Wohnung als ein Indikator für das Einkommen gewertet werden.

Wie die Wohnungsgröße als Maßstab für das Einkommen interpretiert werden kann, so könnte der Zustand der Wohnung als Maßstab für den Alkoholismus der Frau gewertet werden. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß die Fähigkeit, einen Haushalt zu führen, mit fortschreiten-

dem Alkoholismus sinkt. Darüberhinaus könnte Aufklärung erlangt werden zu der Frage, inwieweit Alkoholikerinnen mit der Berufsangabe "Hausfrau" auch tatsächlich in der Lage sind, einen Haushalt mit den Sauberkeitsansprüchen zu führen, wie es von der Gesellschaft weitgehend gefordert wird.

Aufschlüsse über Wohnungsgröße und -zustand sind den kriminalpolizeilichen Tatortberichten und Lichtbildern entnommen.

Ergebnisse

In 73 Fällen gab es Hinweise auf die Wohnungsgröße, in 44 auf ihren Zustand. Die Ergebnisse sind in Tabellen den Verhältnissen der bundesdeutschen Wohnbevölkerung gegenübergestellt.

Tab. 11: Wohnungsgröße von 73 Alkoholikerinnen und Vergleichsangaben zur deutschen Wohnbevölkerung von 1972

Wohnungsgröße	Auswertung Düsseldorf	Bundesrep. Deutschland
1-Zimmer-Whg.	17,8 %	3,1 %
2-Zimmer-Whg.	27,4 %	11,4 %
3-Zimmer-Whg.	30,5 %	32,5 %
4-Zimmer-Whg.	2,7 %	35,6 %
5-Zimmer-Whg./Haus	17,8 %	17,3 %
ohne festen Wohnsitz	4,1 %	-

Im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt leben Alkoholikerinnen in kleineren Wohnungen. Der Anteil derjenigen Frauen, die in 5-Zimmer-Wohnungen oder Häusern wohnen, entspricht jedoch der allgemeinen Wohnbevölkerung. Der große Anteil an Kleinwohnungen bei den Alkoholikerinnen könnte durch den hohen Prozentsatz Alleinlebender unseres Untersuchungsgutes (27,6 %; Bundesrepublik Deutschland 14,0 %) und Alkoholikerinnen ohne Kinder (65,7 %; Bundesrepublik Deutschland 35 %) erklärt werden.

Auf die Frage, wieviele Personen tatsächlich in wievielen Räumen leben, gibt Tabelle 12 (S. 25) Auskunft, in welcher die Familiengröße in Relation zur Wohnungsgröße gesetzt ist. Es zeigt sich, daß 67,6 % der Alkoholikerinnen in einer akzeptablen Wohnung, 20,6 % unter besseren und 11,8 % unter schlechten Wohnungsbedingungen lebten.

Dabei wird eine Wohnung als akzeptabel bezeichnet, wenn die Anzahl an Wohnräumen der Anzahl der in der Familie lebenden Personen

entspricht, oder wenn darüberhinaus der Familie sogar noch weiterer Wohnraum zur Verfügung steht.

Tab. 12: 68 Alkoholikerinnenhaushalte unter Berücksichtigung der Familien- und Wohnungsgröße

Personen / Zimmer	1 P.	2 P.	3 P.	4 P.	5 P.	6 P.	
1-Zimmer-Whg.	9	4	-	-	-	-	(13)
2-Zimmer-Whg.	8	11	-	-	-	-	(19)
3-Zimmer-Whg.	6	7	6	3	-	1	(23)
4-Zimmer-Whg.	-	1	-	1	-	-	(2)
5-Zimmer-Whg./Haus	1	4	2	2	1	1	(11)
gesamt	24	27	8	6	1	2	(68)

Der Zustand der Wohnungen wurde bei der Tatortbesichtigung mit Attributen von "gepflegt" bis "total verdreckt" belegt. Im einzelnen wurden 44 Wohnungen bewertet.

31,8 % der Wohnungen wurden als "gepflegt, ordentlich, aufgeräumt", 34,7 % als "unordentlich, unaufgeräumt oder schmutzig" und 31,8 % sogar als "verdreckt, stark verschmutzt oder total verwahrlost" bezeichnet. Bei letzteren handelt es sich vor allem um Wohnungen, die - durch Tier- und Menschenkot verunreinigt - eher einem großen Abort glichen oder in denen Berge von Schnaps- und Weinbrandflaschen gefunden wurden. Gleich häufig wurden aber auch sehr gepflegte Wohnungen mit zum Teil äußerst geschmackvoller Möblierung geschildert.

Aus Tabelle 13 ergibt sich, daß bei immerhin 52,1 % aller Hausfrauen und bei 40,0 % aller Erwerbstätigen gepflegte Wohnungen zu finden waren. Trotz größerer Freizeit den Erwerbstätigen gegenüber war eine gepflegte Wohnung bei Rentnern und Arbeitslosen selten.

Tab. 13: Zustand der Wohnung in Relation zur Erwerbstätigkeit bei 44 Alkoholikerinnen

Beruf/ Zustand der Whg.	Hausfrau	Rentnerin	erwerbstätig	arbeitslos
gepflegt	52,1 %	20,0 %	40,0 %	-
unordentlich	21,7 %	40,0 %	30,0 %	71,4 %
verdreckt	26,2 %	40,0 %	30,0 %	28,6 %

Demnach ist die erbrachte Haushaltsleistung unabhängig von der zur Verfügung stehenden Freizeit, aber steht in direkter Korrelation zur allgemeinen Leistungsfähigkeit, deren Maß die Erwerbstätigkeit ist.

Da Leistungsfähigkeit und Trinkdauer eng miteinander verknüpft sind, sind in Tabelle 14 Wohnungszustand und Todesursache gegenübergestellt worden. Die Todesursache ist - wie im Kapitel Trinkdauer (S. 28 f.) aufgezeigt - ein Maß der Trinkdauer, weil gewaltsam verstorbene Alkoholikerinnen unseres Samples eine durchschnittlich kürzere Mißbrauchsdauer aufweisen als die natürlich verstorbenen Frauen.

Tab. 14: Zustand der Wohnung in Relation zur Todesursache

Todesursache/ Zustand der Whg.	gewaltsam verstorben	natürlich verstorben
"gepflegt"	46,6 %	32,2 %
"unordentlich"	20,0 %	35,5 %
"verdreckt"	33,4 %	32,3 %

Aus Tabelle 14 ergibt sich, daß die gewaltsam verstorbenen Alkoholikerinnen mit kurzer Alkoholanamnese häufiger eine gepflegte Wohnung aufweisen als die natürlich verstorbenen Trinkerinnen mit langer Alkoholanamnese.

Der Anteil der "stark verschmutzten, verwahrlosten und verdreckten Wohnungen" ist dagegen bei beiden Gruppen gleich. Verantwortlich für den Zustand der Wohnung scheinen also nicht nur die Trinkdauer der Alkoholikerin (ausgedrückt durch die Todesursache), sondern auch noch andere Faktoren zu sein. Ein möglicher Faktor wäre die soziale Kontrolle; so liegt der Anteil "gepflegter" Wohnungen bei den alleinlebenden Frauen mit 18,1 sehr niedrig.

"Bekannter Alkoholismus"

65 Frauen (52,8 %) des Gesamtkollektivs waren durch ihre Sucht oder deren Folgen praemortal ärztlichen, polizeilichen oder sozialen Stellen aufgefallen.

Landeskrankenhäuser, Psychiater, Psychologen

28 Frauen hatten vor ihrem Tod eine ambulante oder stationäre Suchttherapie mitgemacht. Im Einzelfall wurden bis zu 15 Therapien durchgeführt.

Krankenhäuser, Praxen

14 Frauen standen entweder ständig in ärztlicher Betreuung oder waren wegen einer alkoholischen Lebererkrankung stationär behandelt worden. Dazu gehören auch solche Frauen, die häufiger als Notfall in die Klinik eingewiesen wurden.

Polizei

Von 23 Frauen waren 11 wegen Trunkenheit im Straßenverkehr als Autofahrer oder Passant oder durch Lärmbelästigung aufgefallen. 8 Frauen begingen typische Suchtdelikte wie Drogenbesitz, Rezeptfälschung und Ladendiebstahl, wobei es sich im letzteren Fall zumeist um Alkoholdiebstahl handelte. Eine Frau war wegen Körperverletzung, eine andere wegen Vortäuschung einer Straftat verurteilt worden. Gegen 2 Alkoholikerinnen lief eine Räumungsklage und eine weitere war entmündigt worden.

3 Frauen waren der Polizei als Prostituierte bekannt, 2 von ihnen wegen "Prostitution im Sperrbezirk" verurteilt. Insgesamt waren 14 Frauen (11,4 % des Gesamtgutes) straffällig geworden.

Gesundheitsämter, Drogenberatungen und Sozialämter

10 Frauen hatten bei einer der oben genannten Organisationen um Hilfe nachgefragt oder waren dort registriert. Von diesen 10 Frauen lebten 2 in einem Trinkerwohnheim und eine in einem Haus der Diakonie, wo sie sich vor ihrem schlagenden Ehemann versteckt hatte.

Diskussion

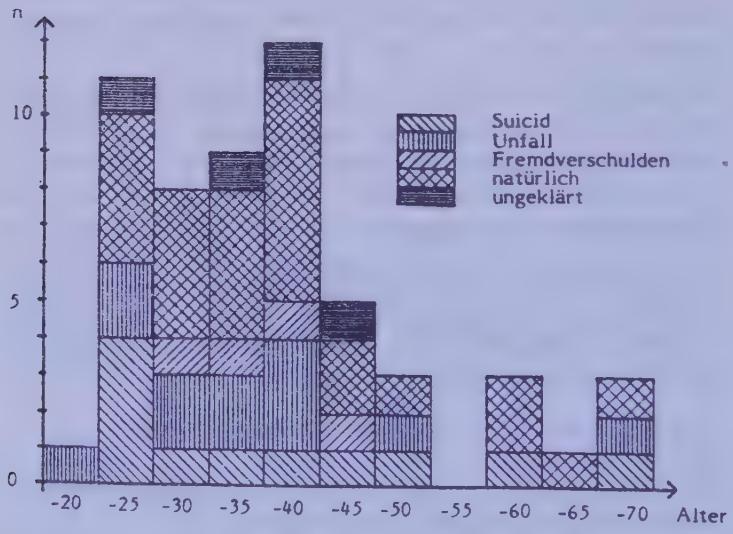
Die Früherfassung des Alkoholkranken ist im Hinblick auf Prognose und Therapie eines der Hauptziele unseres Gesundheitssystems. Die Auswertung unseres Samples zeigt, daß jede zweite Alkoholikerin vor ihrem Tode bereits einer staatlichen Behörde oder privaten Organisationen durch ihre Sucht aufgefallen war. Andererseits war jede zweite Alkoholikerin nie gesellschaftlichen Institutionen aufgefallen; auf eine erfolglos therapierte Alkoholikerin kamen 3 bis 4 nichttherapierte Alkoholikerinnen.

Trinkbeginn und Trinkdauer

Ergebnisse

Von 56 Frauen des Gesamtsektionsgutes (49,5 %) war das Alter zu Beginn des Abusus bekannt. Das Durchschnittsalter zu Trinkbeginn lag bei 36,5 Jahren, also 9,3 Jahre vor dem durchschnittlichen Sterbealter. Beim Aufschlüsseln der Altersangaben erkennt man aber, daß diese Einheitlichkeit trügt. So hat ein Großteil der Alkoholikerinnen bis zum 25. Lebensjahr, ein weiterer zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr zu trinken begonnen.

Abb. 2: Alter von 56 Alkoholikerinnen zu Beginn des Abusus (in 5-Jahres-Klassen geordnet)

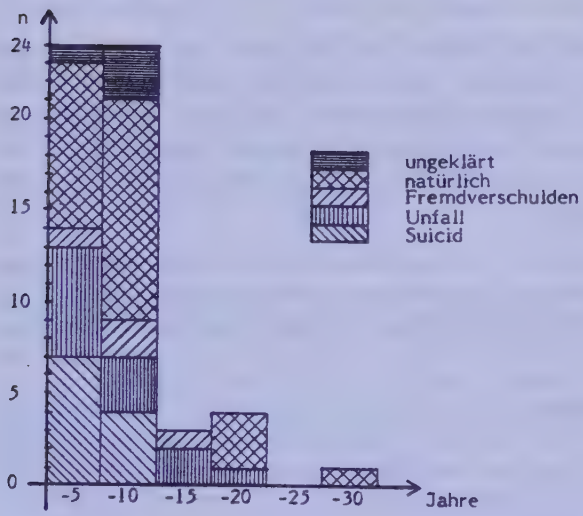


Zählt man zu den 56 Frauen, deren Alter zu Beginn des Abusus bekannt ist, noch 3 Mittzwanziger ohne Trinkaltersangaben hinzu, dann haben von insgesamt 59 Frauen 41 % (24) bis zu ihrem 30. Lebensjahr und nur 17,1 % (10) nach dem 45. Lebensjahr zu trinken begonnen.

Zur Alkoholanamnese ist anzumerken, daß sowohl 24 Frauen (42,8 %) bis zu 5 Jahren, als auch 24 Frauen bis zu 10 Jahren vor ihrem Tod tranken. Mehr als 10 Jahre tranken nur 8 Frauen (14,3 %). Die einzelnen Gruppen differieren dabei sehr.

So ist aus Abbildung 3 ersichtlich, daß nur 51,6 % der gewaltsam Verstorbenen, aber 64 % der natürlich Verstorbenen die 5-Jahres-Grenze überlebt haben. Bis zum 10. Suchtjahr sind 87 % der gewaltsam Verstorbenen und 84 % der natürlich Verstorbenen gestorben. Die geringste Lebenserwartung haben die Selbstmörderinnen: 63,6 % von ihnen erlebten das 5. Suchtjahr nicht.

Abb. 3: Trinkdauer von 56 Alkoholikerinnen bis zum Tode (nach 5-Jahres-Klassen geordnet)



Diskussion

DAHLGREN (1979) gibt für ein stationäres Patientengut eine Mortalitätsrate von 18 % über einen Beobachtungsraum von 6-12 Jahren an. Da sich Frauen aber erst viele Jahre nach Trinkbeginn in stationäre Behandlung begeben, ist dieser Anteil von 18 % hinsichtlich der Dauer des Abusus eher noch niedriger anzusetzen.

Die durchschnittliche Trinkdauer bis zur ersten stationären Behandlung beträgt nach zahlreichen deutschen Untersuchungen 5 bis 10 Jahre (BOCHNIK, 1959; DAVE, 1984; FINKE, 1980; LAUSBERG, 1975; LUCAS, 1963; SEYBERTH, 1963), ebenso wie in unserem Kollektiv; stationäre Aufnahme und Tod fallen demnach in den gleichen Zeitraum.

Tatsächlich unterscheiden sich erfolglos therapierte von nichttherapierten Alkoholikerinnen hinsichtlich der überlebten Jahre kaum. Von den 28 erfolglos therapierten Frauen unseres Kollektivs hat in 15 Fällen die Trinkdauer vor dem Tode ermittelt werden können. Von diesen sind - wie bei den nichttherapierten Alkoholikerinnen - 87 % der Frauen bis zum 10. Suchtjahr gestorben.

Folglich könnte man postulieren, daß den Trinkerinnen nach der Diagnosestellung nur 3 Jahre (Trinkdauer bei DAVE 6,1 Jahre, Auswertung Düsseldorf 9.3 Jahre) Zeit bleibt, sich einer erfolgreichen Therapie zu unterziehen oder untherapiert zu sterben.

Abschließend ist zur Thematik des Trinkbeginns folgendes anzumerken: Ein systematischer Fehler könnte in der Fremdbeurteilung der Trinkdauer liegen. So könnten die Partner erst viel später den Alkoholismus der Ehefrau oder Freundin bemerkt und deshalb irrtümlich falsche Angaben gemacht haben. Auch ist eine bewußte Falschaussage aus Schamgefühl vorstellbar.

Vergleicht man aber das Durchschnittsalter der Frauen unseres Kollektivs zum Trinkbeginn mit demjenigen anderer Statistiken, so liegen die Altersangaben trotz unterschiedlicher Stichprobengewinnung in etwa gleich hoch.

Die beste Erklärung für die kurze Trinkdauer bis zum Tode scheint demnach nicht in der Anamnese, sondern eher in einer durch psychischen Druck und somatische Anfälligkeit begründeten größeren Progredienz des Alkoholismus bei Frauen zu liegen.

Mehrfachabhängigkeit

Bei insgesamt 56 Frauen (54,5 %) unseres Kollektivs konnte zusätzlich zur Alkohol- noch eine Medikamentenabhängigkeit festgestellt werden. Demnach lag der Anteil Medikamentenabhängiger unseres Kollektivs doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung, für die Werte von 20 % angegeben werden (KEUP, 1982).

Aus Tabelle 15 (S. 31) wird ersichtlich, daß die Alkoholikerinnen der einzelnen Todesursachengruppen unterschiedlich häufig von einer Medikamentensucht betroffen waren. Während eine Mehrfachabhängigkeit "nur" bei 30,7 % der natürlich Verstorbenen festgestellt wurde, waren in der

Gruppe der Suicide 81,8 % der Frauen nicht nur alkohol-, sondern auch medikamentensüchtig.

Tab. 15: Prozentsatz medikamentensüchtiger Alkoholikerinnen nach Todesursachen geordnet

natürlich verstorben	Fremdverschulden	Unfall	Suicid	ungeklärt
30,7 %	42,8 %	45,0 %	81,8 %	66,6 %

Das Durchschnittsalter der Polytoxikomanen lag bei 47,4 Jahren, also 2 Jahre über dem Durchschnittsalter des gesamten Samples. Von den über 60 Jährigen waren sogar 64,7 % mehrfachabhängig. Der hohe Anteil der Polytoxikomanen in der Gruppe der Suicide läßt sich nicht durch das junge Durchschnittsalter dieser Gruppe erklären, sondern wird seinen Ursprung in der besonderen psychischen Konstellation dieser Gruppe finden. Zu den zum Mißbrauch genutzten Medikamenten gehörten am häufigsten Schlafmittel und Beruhigungsmittel.

Diskussion

In der Literatur wird eine Medikamentenabhängigkeit bei 12,5-27,5 % der Alkoholikerinnen (FINKE, 1980; LAUSBERG, 1975; WANKE, 1970) und damit seltener als bei DAVE (Teil II) und in unserem Kollektiv beschrieben. In den beiden zuletzt genannten Untersuchungen liegen die Ergebnisse über 45 %.

Eine weitere Diskrepanz ist zu den Ergebnissen von WANKE et al. (1970) hinsichtlich der Altersstruktur der Mehrfachabhängigen festzustellen. Beschreibt WANKE aufgrund seiner Untersuchungen, daß die Polytoxikomanie das eigentliche Problem der jungen Süchtigen darstellt, handelt es sich um ein Problem der älteren Jahrgänge unseres Samples.

Blutalkoholkonzentration zum Todeszeitpunkt

Bei 112 Frauen (91 % des Gesamtsektionsgutes) wurde eine Blutalkoholkonzentrationsbestimmung (BAK) durchgeführt. Der errechnete Wert ist ein Mittelwert dreier Alkoholkonzentrationsbestimmungen aus venösem Schenkelblut. Er bezieht sich auf den Todeszeitpunkt und nicht auf den Zeitpunkt der Tat oder des Vorfalls. So liegt der Anteil der Alkoholisier-

ten vermutlich höher, weil bei einigen Alkoholikerinnen zwischen Tat oder Unfall und dem Todeszeitpunkt mehrere Stunden vergangen sind.

Tab. 16: BAK-Werte von 112 Alkoholikerinnen nach Todesursachen geordnet

Todesursache	Anteil der Bestimmungen	BAK > 0,5 ‰ von allen Bestim.	BAK > 2,5 ‰ von allen Alk.
natürlich verstorben	90,7 %	37,3 %	27,2 %
Suicid	100,0 %	54,5 %	16,6 %
Unfall	85,0 %	82,3 %	42,8 %
Fremdverschulden	85,7 %	66,6 %	50,0 %
ungeklärt	88,8 %	62,5 %	20,0 %
gesamt	91,0 %	50,9 %	29,8 %

Die Tabelle 16 verdeutlicht, daß die Hälfte aller Alkoholikerinnen zum Todeszeitpunkt alkoholisiert waren, d.h. BAK-Werte über 0,5 Promille aufwiesen, und zwar von den natürlich verstorbenen Frauen 37,3 %, von den Unfällen 82,3 %. BAK-Werte über 2,5 Promille, die nach PROKOP schon ohne Organerkrankung tödlich sein können, wurden bei 29,8 % aller Alkoholisierten gefunden.

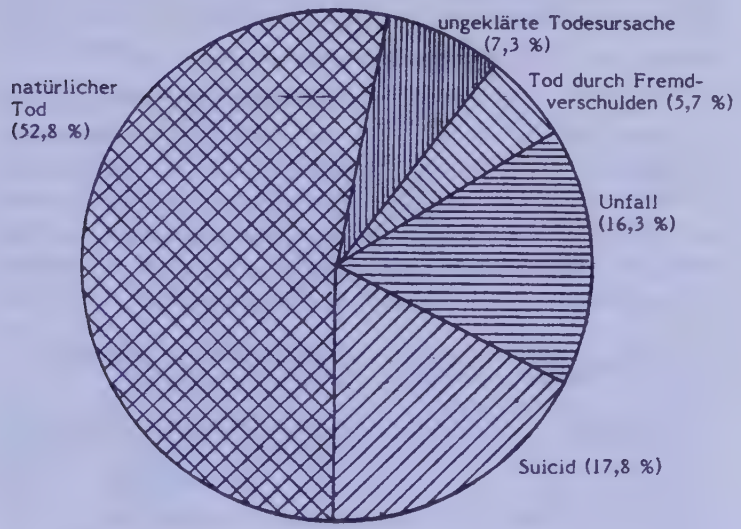
Interessant ist die Alkoholbeeinflussung für den Zustand des Todes bei Unfall und Suicid. So fanden 82,3 % aller Unfälle, aber nur 54,5 % aller Suicide unter BAK-Werten von über 0,5 Promille statt. Eine Erklärung liegt in der Tatsache, daß der Unfalltod in der Regel ein plötzliches Ereignis darstellt, während beim Suicid durch eine Alkohol-Medikamenten-Intoxikation der Tod erst nach Stunden eintreten kann. Nach DUMBACH (1975) kann es gerade bei leichten Alkoholisierungsgraden (unter 1,0 Promille) in bis zu 12 Stunden zum Tod kommen. Höhere Alkoholdosen werden durch den inzwischen noch stattfindenden Abbau kaschiert. Alkoholisierungsgrade von mindestens 2,5 Promille erreichten 46,6 % aller Unfalltoten, während nur 16,6 % der Suicide ähnlich hohe Werte zeigten.

Der Suicid wurde demnach nur in etwa der Hälfte aller Fälle im alkoholisierten Zustand begangen, der nur selten so erheblich war, daß er für sich allein schon den Tod hätte herbeiführen können. Demgegenüber war beim Unfall fast immer Alkohol im Spiele. In beinahe der Hälfte der Fälle wurden tödliche Dosen von 2,5 Promille und mehr erreicht.

2.3 Rechtliche Aspekte beim Tod der 123 Alkoholikerinnen

Im folgenden Kapitel sollen die rechtlichen Aspekte beim Tod der 123 Alkoholikerinnen erörtert und für jede Gruppe durch ein für sie typisches Fallbeispiel veranschaulicht werden.

Abb. 4: Anteil der einzelnen Gruppen am Gesamtkollektiv



Der plötzliche, natürliche Tod

Der plötzliche, natürliche Tod ist mit 65 Fällen (52,8 %) die häufigste Todesursache in unserem Kollektiv. Das Durchschnittsalter der Frauen dieser Gruppe lag mit 48,8 Jahren 6 Jahre über demjenigen der gewaltsam Verstorbenen.

Für den Überblick über die einzelnen Todesursachen beim plötzlichen, natürlichen Tod bietet sich die Einteilung in die 6 Organgruppen nach GONZALES (1954) an:

An Erkrankungen des Herzens und der Kranzgefäße sind 22 Frauen verstorben. Die zweitgrößte Gruppe wird sowohl von Erkrankungen der Atmungsorgane, als auch von Erkrankungen der Verdauungsdrüsen gebildet; auf beide Gruppen entfallen je 16 Angaben. An Erkrankungen des Gehirns und der Hirngefäße sind 4, an den Folgen einer Urogenitalerkran-

kung 2 Frauen gestorben. Einem plötzlichen Tod bei Alkoholismus, aber aus medizinisch ungeklärter Ursache, erlagen 9 Frauen. Diese letztere Gruppe bleibt bei den weiteren Ausführungen unberücksichtigt.

Die Differenz von 69 Angaben bei 65 Verstorbenen kommt durch 4 Mehrfachnennungen zustande. So wurde ein "hepatorenales Versagen" sowohl der Organgruppe Urogenitalorgane, als auch der Organgruppe Verdauungsdrüsen zugeordnet. Die auf diese Weise gewonnenen Daten werden mit den Ergebnissen von NAEVE und KRAUSE (1977), welche die rechtsmedizinischen Sektionsprotokolle der Freien und Hansestadt Hamburg aus den Jahren 1936-74 ausgewertet haben, verglichen.

Die Ergebnisse von NAEVE und KRAUSE stellen die Erwartungswerte für eine "Normalbevölkerung" dar. Weil der Untersuchungszeitraum 38 Jahre umfaßt, können sie für die heutige Zeit nur mit Vorsicht interpretiert werden, schon weil für die letzten Jahre ein "Panoramawechsel" (NAEVE) im Hinblick auf die Befunde festgestellt werden kann: Der Anteil der Herzerkrankungen am plötzlichen, natürlichen Tod hat sich bei gleichzeitiger Abnahme aller übrigen Organgruppen vergrößert.

Tab. 17: Prozentualer Anteil aller Organgruppen an der Gesamtzahl der plötzlichen, natürlichen Todesfälle

Organgruppe	Auswertung Düsseldorf	NAEVE und KRAUSE
Herz	36,6 %	70,5 %
Atmungsorgane	26,6 %	15,8 %
Verdauungsdrüsen	26,6 %	1,4 %
Gehirn und -gefäße	6,6 %	8,5 %
Urogenitalorgane	3,3 %	1,3 %
Magendarmtrakt	0,0 %	2,6 %
plötzlicher Tod im Erwachsenenalter	60 Angaben bei 56 Frauen	ca. 4 000 Frauen

Die größten Diskrepanzen finden sich bei den Organgruppen Herz, Atmungsorgane und Verdauungsdrüsen. Obwohl bei beiden Untersuchungen der Herztod an erster Stelle aller Todesursachen steht, ist er mit 36,7 % in unserem Kollektiv nur halb so häufig vertreten wie in der Hamburger Studie mit 70,5 %. An Erkrankungen der Verdauungsorgane sind die Alkoholikerinnen unseres Samples sogar 19 mal häufiger verstorben als zu erwarten gewesen wäre. Auffällig ist zudem die erhöhte Letalität an Erkrankungen der Atmungsorgane. Sie liegt mit 26,6 % um 9 % über dem Hamburger Wert von 15,8 %. Die anderen Organgruppen weisen keine signifikanten Unterschiede auf.

Die aufgezeigten Unterschiede lassen sich nicht allein durch einen unterschiedlich großen Anteil älterer Jahrgänge in beiden Untersuchungen erklären. Der Anteil der über 50jährigen Frauen liegt in unserem Kollektiv mit 30,7 % zwar deutlich niedriger als in der Hamburger Studie mit 85,2 %. Da aber der Anteil der Organgruppen an den plötzlichen, natürlichen Todesfällen bei den 40-80Jährigen weitgehend übereinstimmt (NAEVE und KRAUSE), wird die Hauptursache für die Differenzen in der unterschiedlichen Struktur des Untersuchungsgutes liegen: hier die Alkoholikerinnen, dort ein Querschnitt durch die Normalbevölkerung.

Auf die einzelnen Organgruppen entfallen:

1) Herz und Herzkranzgefäße: 22 Fälle
   - a) Herzkreislaufversagen (8)
   - b) Herzkreislaufversagen bei Alkoholismus (5)
   - c) Herzkreislaufversagen bei Fettleber (1)
   - d) alkoholische Kardiomyopathie (3)
   - e) Koronarinsuffizienz (5)

2) Atmungsorgane: 16 Fälle
   - a) Pneumonie (9)
   - b) Tuberkulose (2)
   - c) Lungenembolie (2)
   - d) Emphysem (2)
   - e) Status asthmaticus (1)

3) Gehirn und Hirngefäße: 4 Fälle
   - a) Hirnmassenblutung (2)
   - b) Epilepsie (1)
   - c) Delirium (1)

4) Magendarmtrakt: kein Fall

5) Urogenitalorgane: 2 Fälle
   - a) Nierenversagen (2)

6) Verdauungsdrüsen: 16 Fälle
   - a) Coma hepaticum (11)
   - b) Ösophagusvarizenblutung (3)
   - c) Pankreasinsuffizienz (1)
   - d) Coma diabeticum (1)

Während das Karzinom mit 20,9 % und die Hirnblutung mit 17,9 % die häufigsten Todesursachen bei der weiblichen Normalbevölkerung darstellen, sind sie im rechtsmedizinischen Sektionsgut nur selten zu finden. In Hamburg machen sie 2,5 % und 4,3 %, bei uns 0,0 % und 3,3 % aus. Hinsichtlich beider Erkrankungen unterscheiden sich die rechtsmedizinisch untersuchten Alkoholikerinnen nicht von der rechtsmedizinisch untersuchten "Normalbevölkerung".

Auch die Lungenembolie spielt als Todesursache bei uns mit 3,6 % und in Hamburg mit 3,8 % aller medizinisch geklärten, natürlichen Todesfälle eine untergeordnete Rolle. Ähnliches gilt für Magen-Darm- oder Genitalorganerkrankungen. Als Todesursache treten sie in unserem Kollektiv nicht und in Hamburg nur in 3 % der Fälle auf.

Dahingegen finden sich erhebliche Abweichungen bei den Lebererkrankungen, Lungenentzündung und Tuberkulose.

Den Tod in Folge eines Leberversagens oder durch Verbluten aus Ösophagusvarizen haben wir in unserem Sample 33 mal häufiger festgestellt, als zu erwarten gewesen wäre. In unserem Kollektiv ist er in 23,1 %, in Hamburg nur in 0,7 % festgestellt worden. Die Leber ist somit nach dem Herzen das häufigste für den Tod verantwortlich zu machende Organ bei Alkoholikerinnen.

Eine Lungenentzündung ist in 16,0 % der medizinisch geklärten, natürlichen Todesfälle als Todesursache diagnostiziert worden, in Hamburg dagegen nur in 9,6 % der Fälle.

NAEVE und KRAUSE (1977) schreiben hierzu: "In den 4 Jahrzehnten der Hamburger Untersuchung wurden ganz vereinzelt unerwartete Todesfälle an Lobärpneumonie beschrieben. Ganz überwiegend handelt es sich dabei um chronische Alkoholiker."

Eine Lobärpneumonie ist von uns bei 2 der 9 an einer Lungenentzündung verstorbenen Alkoholikerinnen und bei 10 weiteren Alkoholikerinnen als Nebenbefund - nicht als Todesursache - festgestellt worden.

Die hohe Morbidität und Letalität an einer Lungenentzündung bei den Frauen unseres Kollektivs ist demnach als ein Ausdruck alkoholbedingter Resistenzminderung, Indolenz und Arztscheu bei Alkoholikerinnen zu werten.

Ähnliches gilt für die Tuberkulose, die mit 3,5 % der medizinisch geklärten, natürlichen Todesfälle aber eine untergeordnete Stellung einnimmt. In unserem Sample ist sie dennoch häufiger als in Hamburg diagnosti-

ziert worden, wo sie in den Jahren 1971-74 in nur 0,3 % der Fälle gefunden worden ist.

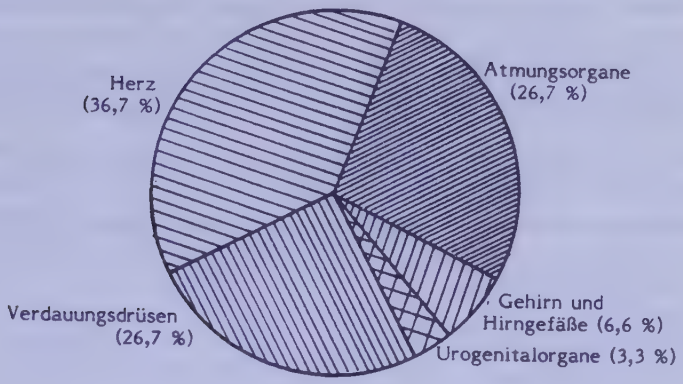


Abb. 5: Prozentualer Anteil der einzelnen Organgruppen an der Gesamtzahl der medizinisch geklärten, "natürlichen" Todesfälle

Suicide

22 (17,8 %) Alkoholikerinnen unseres Sektionsgutes sind durch Suicid verstorben. Der Tod wurde in 16 Fällen (72,7 %) durch Alkohol und/ oder Medikamente herbeigeführt.

Die restlichen 6 Fälle waren spektakulärer und entfielen auf 2 Stürze aus großer Höhe (Müngstener Brücke und Dachgeschoß eines dreistöckigen Hauses), ein Erhängen auf dem Abort und ein Suicid durch einen Bruststich mit Pneumothorax. Eine Alkoholikerin ließ sich von einem Eisenbahnzug überfahren und kopierte somit den Tod ihres Vaters, der durch einen Betriebsunfall bei der Deutschen Bundesbahn ums Leben kam. 12 der 22 Suicide (54,5 %) fanden unter Alkoholeinfluß statt.

Vergiftungen

HANSEL (1972), der im Rechtsmedizinischen Institut der Universität Düsseldorf Sektionsprotokolle von Suiciden aus den Jahren 1951-65 untersucht hat, gibt an, daß der Suicid in 45,5 % der Fälle durch eine Intoxikation herbeigeführt worden ist, und zwar überwiegend durch Kohlenmonoxid und E 605, seltener durch Alkohol oder Medikamente.

Tab. 18: Vergiftungen im Sektionsgut unserer Untersuchung und der Untersuchung HANSELs

	Auswertung Düsseldorf	HANSEL
Anteil der Vergiftungen bei allen Suiciden	72,7 %	45,2 %
CO-Vergiftungen	0,0 %	40,2 %
E 605-Vergiftungen	0,0 %	15,5 %
Alkohol und/oder Medikamente	100,0 %	29,9 %

Eine überzeugende Erklärung dieser Noxenverschiebung liegt in ihrer Zugänglichkeit heute und damals.

So wurde 1967, 2 Jahre nach den Untersuchungen HANSELs, das giftige Kohlenmonoxid als Brennstoff durch das ungiftige Erdgas ersetzt und ist deshalb heute nicht mehr ohne weiteres verfügbar. E 605 galt in den 50er und 60er Jahren als Modegift und ist heute nicht mehr frei erhältlich.

Heute sind neben Alkohol die zugänglichen Gifte Medikamente. Beide finden sich in nahezu jedem Haushalt. In unserem Kollektiv waren zudem über 81,8 % der Frauen, die einen Suicid verübten, medikamentenabhängig und haben somit das Gift nicht nur im Haus, sondern auch noch Erfahrung im Umgang mit Medikamenten gehabt. Logischerweise suchten bei 3 von 4 Suiciden die Frauen den Tod durch eine Dosissteigerung derjenigen Gifte, die sie tagtäglich mißbrauchten. Dabei liegt die tödliche Alkohol-Medikamentendosis sehr nahe der "therapeutischen", "suchterhaltenden" Dosis. BAK-Werte von 1-1,5 Promille genügen, um den Tod mittels einer Alkohol-Medikamentendosis herbeizuführen.

Durch die niedrige Letalitätsdosis einer Alkohol-Medikamenten-Kombination eröffnet sich ein Feld rechtlicher Unsicherheit. Vergiftungen durch Alkohol und/oder Medikamente sind aufgrund polizeilicher Ermittlungen nur in der Hälfte der Fälle unseres Kollektivs als Suicid gewer-

tet worden. Diese Einordnung basiert hauptsächlich auf anderen Hinweisen auf einen Suicid wie Abschiedsbrief oder praemortale, suicidale Äußerungen. Fehlen solche Hinweise, werden die Vergiftungen rechtlich den Unfällen oder den ungeklärten Todesursachen zugeordnet.

Insgesamt 13 weitere Alkohol- und Medikamentenvergiftungen sind auf diese Weise rechtlich nicht den Suiciden zugerechnet worden. 3 weitere ungeklärte Todesfälle könnten bei hohen BAK-Werten von 4,5, 3,4 und 3,3 Promille als eine akute Alkoholvergiftung erklärt werden. Unter Einbeziehung der beiden CO-Vergiftungen sind insgesamt 34 Frauen (27,6 %) unseres Samples an den Folgen einer Intoxikation gestorben.

Suicidversuche

Unabhängig von den "geglückten" Suiciden sind bei 20 Alkoholikerinnen des Gesamtkollektivs ein oder mehrere mißglückte Suicidversuche bekannt geworden. Der relativ geringe Anteil von 16,2 % muß im Zusammenhang mit einer mangelhaften kriminalpolizeilichen Anamnese gesehen werden, so daß die Dunkelziffer ziemlich hoch liegt.

Auch andere Autoren wie DAVE (Teil II) und RUSHING (1968) haben Suicidversuche in der Anamnese von Alkoholikerinnen in 13-76 % der Fälle gefunden.

Wirkliche Suicidintention

Inwieweit der Suicid nur vorgetäuscht werden sollte, war nicht abzuklären. Bei 45,4 % der Suicide waren vorangegangene Suicidversuche oder suicidale Äußerungen bekannt. Zumindest den durch einen spektakulären Suicid umgekommenen Alkoholikerinnen muß die Erfolglosigkeit einer späteren Rettung bewußt gewesen sein.

Unfall

Der Unfalltod stellt einen typischen Abschluß eines Alkoholikerlebens dar. So erleiden Alkoholiker 2-3 mal so häufig einen Unfall wie Nichttrinker. Vielfach addiert sich das Unfallrisiko durch Überlagerung mit anderen Risikofaktoren. Ein Beispiel dafür ist eine Nikotinabhängigkeit, die für sich allein schon eine Vervierfachung der Unfallwahrscheinlichkeit bewirkt (FLATH, 1976).

Akute Alkoholisierung führt zu einer gesteigerten Unfallgefährdung. BAK-Werte von über 0,25 Promille verdoppeln dabei das Unfallrisiko (METZ und MARCOUX, 1960). Nach internationalen Statistiken werden 40 % aller Verkehrsunfälle auf alkoholisierte Verkehrsteilnehmer zurückgeführt (Hauptstelle gegen Suchtgefahren).

Der Unfalltod ist mit 2,5 % aller Todesursachen bei der weiblichen Normalbevölkerung im Alter von über 20 Jahren selten. In den Todesstatistiken der Alkoholiker wird er aber mit bis zu 17,6 % angegeben. Typische Trinkerunfälle sind Stürze, Tod nach Wohnungsbrand sowie der Bolustod (ROSSEL, 1969).

Ergebnisse

20 Frauen (16,2 %) unseres Kollektivs sind an den Folgen eines Unfalls gestorben. 7 Frauen starben infolge einer Intoxikation, 6 nach einem Sturz und 3 den "Badewannentod"; 2 Frauen erstickten an den Folgen eines Wohnungsbrandes und 2 weitere Frauen an einem Bolus.

- Die 7 Intoxikationen gliedern sich wie folgt auf: 3 Alkoholikerinnen sind an einer akuten Alkoholvergiftung, 2 an einer Heroinüberdosierung, 1 an einer Alkohol-Medikamenten- und 1 weitere an einer alleinigen Medikamentenvergiftung gestorben.
- Von 6 Stürzen entfallen 4 auf "häusliche Unfälle": 2 Frauen sind nach einem einfachen Sturz, 1 nach einem Treppensturz und 1 weitere nach einem Sturz durch eine Glastüre gestorben. 2 Frauen sind auf der Straße verunglückt: 1 Alkoholikerin ist auf dem Weg von der Wirtschaft nach Hause verunglückt; eine andere Frau erstickte, als sie im berauschten Zustand kopfüber in einen Kellereingang fiel und sich aus dieser Lage nicht mehr befreien konnte.
- Ertrunken in der Badewanne sind 3 Frauen.

- Erstickt an einem Bolus sind 2 Alkoholikerinnen.
- Bei einem Zimmerbrand durch eine im Bett gerauchte Zigarette sind 2 weitere Frauen erstickt.
- Verkehrs- oder Betriebsunfälle wurden nicht gefunden.

Eine Alkoholikerin ist nach einer Krankenhauseinweisung aufgrund eines Autounfalls nicht an den Verletzungen, sondern im Delirium gestorben. Die Staatsanwaltschaft hat diesen Tod als "natürlich" gewertet.

Inwieweit der akute Alkoholgenuß Einfluß auf den Tod gehabt hat, ist in der Gruppe der Unfalltoten relativ leicht abzuschätzen. Schon BAK-Werte von über 0,25 Promille können das Unfallrisiko verdoppeln. Dieser Wert ist bei 17 Blutprobenbestimmungen 16 mal übertroffen worden. 82,3 % der Unfalltoten sind alkoholisiert gewesen (BAK-Wert $\geq$ 0,5 Promille). 42,8 % der Alkoholisierten haben BAK-Werte von über 2,5 Promille, die nach PROKOP schon ohne organische Leiden tödlich sein können, erreicht. In dieser Gruppe sind mit 4,0 und 4,2 Promille die höchsten BAK-Werte des Gesamtkollektivs erreicht worden.

Bei den 3 Alkoholintoxikationen sind BAK-Werte von 4,2, 3,25 und 3,1 Promille, bei den Badewannentodesfällen solche von 4,0, 3,0 und 1,1 Promille gefunden worden.

Der akute Alkoholgenuß hat demnach in so gut wie allen Fällen eine begünstigende Wirkung auf das Unfallereignis gehabt. Die typischen Trinkerunfälle wie Tod nach Sturz, Zimmerbrand und Bolus machen in unserem Kollektiv 50 % der Unfälle aus. Die häufigste Unfalltodesursache ist jedoch die Alkohol- und/oder Medikamentenintoxikation gewesen, die deshalb als typisch weiblicher Trinkerunfall gewertet werden kann.

Tod durch Fremdverschulden

Der Alkoholiker als Opfer ist - im Gegensatz zum Alkoholiker als Täter - ein sozialwissenschaftlich bislang vernachlässigtes Wesen. Beiden gemeinsam ist die Aggression, die in einem Fall von außen kommt und im anderen Fall nach außen gerichtet ist. Der Tod durch Fremdverschulden ist die Eskalation der Bestrafung für unangepaßtes Benehmen. Er war in unserem Kollektiv bis auf einen Fall stets Ausdruck einer Em-

pörung gegen das augenblickliche Verhalten des Opfers. Eine kurze Tatbeschreibung jedes fremdverschuldeten Todes unseres Kollektives soll dies verdeutlichen.

Ergebnisse

Die Gruppe der durch Fremdverschulden Verstorbenen umfaßt 7 Alkoholikerinnen und ist mit 5,7 % die kleinste Gruppe unseres Samples.

Fall I	Sekt. Nr. 198/80:	Hausfrau, 49 J., verh., siehe Kasuistik
	Täter:	Ehemann, ebenfalls Alkoholiker, arbeitslos
	Tatintention:	"Streit"
	Todesursache:	Blutaspiration nach stumpfer Gewalt
	rechtlich:	fortgesetzte gefährliche Körperverletzung
Fall II	Sekt. Nr. 793/80:	Hausfrau, 48 J., verwitwet
	Täter:	Bekannter aus "Pennerkreisen"
	Tatintention:	Geld aus Versicherungssummen und Spenden
	Todesursache:	Blutaspiration und Schädelhirntrauma
	rechtlich:	Doppelmord, da auch die Mutter erschlagen wurde. Tatwerkzeug war ein Schrubber.
Fall III	Sekt. Nr. 131/80:	Hausfrau, 38 J., verheiratet
	Täter:	Ehemann, Alkoholiker
	Tatintention:	"wollte sie vom Trinken abbringen"
	Todesursache:	Lungenfettembolie durch Fußtritte nach Lendenwirbelbruch
	rechtlich:	Körperverletzung mit Todesfolge
Fall IV	Sekt. Nr. 835/80:	Prostituierte, 38 J., verh., aber getrennt
	Täter:	Freund, ihr mutmaßlicher Zuhälter
	Tatintention:	"ihre Eifersucht"
	Todesursache:	Erdrosseln
	rechtlich:	Mord
Fall V:	Sekt Nr. 1049/80:	Prostituierte, 33 J., verheiratet
	Täter:	Ehemann, türkischer Nationalität
	Tatintention:	"weil sie alleine in eine Wirtschaft gegangen war"
	Todesursache:	Schädelhirntrauma
	rechtlich:	Körperverletzung mit Todesfolge

Fall VI:	Sekt. Nr. 10/81:	Hausfrau, 50 J., verheiratet
	Täter:	Sohn, 17 J., arbeitslos
	Tatintention:	"Ihr Benehmen dem Vater gegenüber"
	Todesursache:	Blutaspiration
	rechtlich:	Totschlag

Fall VII:	Sekt. Nr. 534/81:	ohne Beruf, 42 J., geschieden
	Täter:	Freund, Stadtreicher
	Tatintention:	"Weil sie volle Bierflaschen zerbrochen hat"
	Todesursache:	Polytrauma durch Fußtritte
	rechtlich:	Körperverletzung mit Todesfolge

Allen Fällen ist gemeinsam, daß der Täter ein Bekannter des Opfers war. In 6 von 7 Fällen wohnten Täter und Opfer zusammen. In diesen 6 Fällen war der Tötung ein Streit vorausgegangen. In mindestens 4 von 7 Fällen war das Opfer zur Tatzeit alkoholisiert.

Auffällig an dieser Gruppe ist, daß Opfer und Täter aus gesellschaftlichen Randgruppen stammen. Der Täter war in 2 Fällen arbeitslos (Fall I und VI), in 2 Fällen Stadtstreicher (Fall II und VII), einmal Zuhälter (Fall IV), einmal ein Ausländer (Fall V) und in mindestens 4 der 7 Fälle ebenfalls Alkoholiker (Fall I, II, III und VII).

Das Opfer hatte nur in 2 Fällen einen Beruf, und zwar den einer Prostituierten (Fall IV und V). Die gesellschaftliche Außenseiterposition findet ihren Ausdruck auch in einer geringeren Therapiehäufigkeit (14,5 % gegenüber 22,7 %), einer höheren Kinderzahl pro Mutter (3,8 gegenüber 1,9) und einer höheren Anzahl an "Entwurzelten" (57,1 % gegenüber 28,6 %) gegenüber dem Gesamtsektionsgut.

Ungeklärte Todesfälle

9 Alkoholikerinnen unseres Sektionsgutes (7,3 %) starben einen rechtlich ungeklärten Tod. Die besonderen Todesumstände dieser Frauen möchte ich durch kurze Fallbeschreibungen erhellen, um die besondere Stellung dieser Gruppe innerhalb des Sektionsgutes in einem abschließenden Vergleich mit anderen Gruppen würdigen zu können.

Fall I:	Sekt. Nr. 85/80:	Büglerin, 50 J., verwitwet
	Abusus:	Schnaps
	Anamnese:	Suicidversuch praemortal, vor 3 Monaten Lungenembolie, jedoch stationäre Aufnahme verweigert; dem Sohn wurde gekündigt
	BAK-Wert:	1,87 Promille
	Obduktion:	kleiner Embolus mit mäßigem Lungen- und Hirnödem; Stauungszirrhose; Hirnatrophie
	med. Todesw.:	fragliche Intoxikation
	rechtl. Todesw.:	natürlicher Tod oder Suicid
Fall II:	Sekt. Nr. 340/80:	ohne Beruf, 45 J., geschieden
	Abusus:	Schnaps, Bier und Medikamente
	Anamnese:	wurde verfault in der Wohnung gefunden
	BAK-Wert:	nicht bestimmbar
	Obduktion:	erhebliche Herzdilatation
	med. Todesw.:	fragliche Alkohol-Medikamentenintoxikation
	rechtl. Todesw.:	"kein Fremdverschulden"
Fall III:	Sekt. Nr. 501/80:	Hausfrau, 52 J., 2 mal verw., jetzt verh.
	Abusus:	seit 10 J. Wein, Sherry und Medikamente
	Anamnese:	Suicidversuche, Depressionen
	BAK-Wert:	2,43 Promille
	Obduktion:	Rechtsherzdilatation, Hirn- und Lungenödem
	med. Todesw.:	ungeklärt
	rechtl. Todesw.:	"kein Fremdverschulden"
Fall IV:	Sekt. Nr. 896/80:	Hausfrau, 36 J., verheiratet
	Abusus:	Schnaps
	Anamnese:	Suicidversuch, Depression, Hypernervosität, Angina pectoris
	BAK-Wert:	0,2 Promille
	Obduktion:	Rechtsherzdilatation, Adipositas
	med. Todesw.:	fragliche Medikamentenintoxikation
	rechtl. Todesw.:	"kein Fremdverschulden"
Fall V:	Sekt. Nr. 1003/80:	Rentnerin, 84 J.
	Abusus:	Schnaps und Medikamente
	Anamnese:	alleine lebend
	BAK-Wert:	0,02 Promille
	Obduktion:	Rechtsherzdilatation, Fettleber, Hirnatrophie, chron. Pankreatitis

	med. Todesw.:	fragliche Alkohol-Medikamentenintoxikation
	rechtl. Todesw.:	natürlicher Tod oder Suicid
Fall VI	Sekt. Nr. 1168/80	siehe Kasuistik, Fall V
Fall VII	Sekt. Nr. 384/81:	kaufm. Angestellte, 36 J., verh., getrennt lebend
	Abusus:	seit 9 Jahren Schnaps
	Anamnese:	mehrfache Entziehungskuren
	BAK-Wert:	4,53 Promille
	Obduktion:	Herzdilatation mit degenerativer Verfettung, Fettleber
	med. Todesw.:	ungeklärt
	rechtl. Todesw.:	ungeklärt
Fall VIII	Sekt. Nr. 771/81:	Frührentnerin, 39 J.
	Abusus:	Alkohol und Medikamente
	Anamnese:	suicidal, neurotisch, mehrfache Entziehungskuren, häufig Krampfanfälle
	BAK-Wert:	0,58 Promille
	Obduktion:	alkoholische Kardiomyopathie, Fettleber, Tuberkulose
	med. Todesw.:	Alkohol-Medikamentenintoxikation
	rechtl. Todesw.:	ungeklärt
Fall IX	Sekt Nr. 996/80:	Hausfrau, 59 J., verheiratet
	Abusus:	1 Flasche Mariakron/die, Medikamente
	Anamnese:	9 Operationen, Therapien immer abgelehnt
	BAK-Wert:	0,04 Promille
	Obduktion:	Leberzirrhose, chron. Pankreatitis, Milzinfarkte
	med. Todesw.:	ungeklärt
	rechtl. Todesw.:	"kein Fremdverschulden"

Als medizinische Todesursache wurde in 6 von 9 Fällen eine Alkohol- und/oder Medikamentenintoxikation angenommen. Rechtlich wurde der Tod in 2 Fällen als ungeklärt, in 5 Fällen als "kein Fremdverschulden" und in 2 Fällen als natürlicher Tod oder Suicid gewürdigt. 5 der 9 Frauen waren zum Zeitpunkt ihres Todes alkoholisiert. Im Fall Nr. VII lag der BAK-Wert sogar bei 4,53 Promille.

Das typische Merkmal dieser Gruppe ist der große Anteil an Medikamentenabhängigen (66,6 %), an praemortal Suicidalen (55,5 %) und an erfolglos Therapierten (44,4 %). Demgegenüber ist die Anzahl Medikamentensüchtiger (44,4 %), Suicidaler (11,1 %) und Therapieresistenter (33,3 %) bei den 9 aus medizinisch ungeklärter Ursache, rechtlich aber natürlich Verstorbenen kleiner.

Tab. 19: Prozentualer Anteil erfolglos therapierter, medikamentenabhängiger und praemortal suicidaler Frauen in einzelnen Gruppen

	natürlich insgesamt	natürlich med. ungekl.	ungeklärt insgesamt	Suicid insgesamt
medikamentensüchtig	30,7 %	44,4 %	66,6 %	81,8 %
suicidal	9,2 %	11,1 %	55,5 %	45,4 %
Therapien	24,6 %	33,3 %	44,4 %	18,8 %

Der hohe Anteil der praemortal suicidalen, medikamentensüchtigen und erfolglos therapierten Frauen in der Gruppe der rechtlich ungeklärten Todesfälle rechtfertigt die Abgrenzung von der Gruppe der medizinisch ungeklärten, aber rechtlich natürlich Verstorbenen.

Die Ähnlichkeit hinsichtlich Mehrfachabhängigkeit und suicidaler Einstellung betont die Nähe dieser Gruppe zu den Suiciden und stellt sie somit, wie es die Tabelle 18 verdeutlichen soll, zwischen die Gruppe der natürlich Verstorbenen und die Gruppe der Suicide.

Kasuistik

Fall I *Sophia P.* *Sektionsnummer 944/79*

Die 45jährige, in Mayen geborene Hausfrau und zweifache Mutter lebte alleine mit ihrem Mann, mit dem sie seit 23 Jahren verheiratet war, in einer unordentlichen 3-Zimmer-Wohnung. Die 20jährigen Zwillinge wohnten nicht mehr zu Hause.

Der Ehemann war ein 53jähriger Außendienstmitarbeiter einer Versicherungsfirma und kam regelmäßig spät nach Hause. Am Wochenende widmete er sich einem Spielmannskorps. Vor fünf Jahren bemerkte er erstmals die Trunksucht seiner Frau und verbot ihr den Umgang mit ihrem Freundeskreis. Daraufhin soll sie heimlich getrunken haben. In letzter Zeit war sie nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen. Die

Kinder kauften ein, da sie dazu unfähig war und um ihre Mutter vor Alkoholkonsum zu schützen.

Wegen des Alkoholismus sowie wegen Leber- und Gallenleidens wurde Sophia P. ein halbes Jahr vor ihrem Tod noch stationär behandelt. Während des Krankenhausaufenthalts erlitt sie praedelirante Anfälle. Aus Angst vor einer Einweisung ins LKH drohte sie mit Suicid und schnitt sich demonstrativ die Pulsadern auf - die Fäden ließ sie sich aus Furcht vor der LKH-Einweisung nicht ziehen.

In der letzten Zeit vor ihrem Tode lag sie nur noch im Bett und erbrach dargebotene Speisen. Trotzdem bestritt sie zeitlebens, Alkoholikerin zu sein. Am Vorabend ihres Todes soll sie gekrampft haben. Ein Notarzt spritzte ihr daraufhin Calcium und verschrieb ihr vier Tabletten Valium 10. Einen Tag später wurde Sophia P. von ihrer Tochter im Bett liegend, mit einem Nachthemd bekleidet und einem Romanheftchen in der Hand, tot aufgefunden.

Bei der rechtsmedizinischen Obduktion wurden ein Hirnödem, Zustand nach altem Schädelhirntrauma, eine alkoholische Kardiomyopathie, eine 2400 g schwere Fettleber sowie eine chronische Gastritis gefunden.

Ihr Körper zeigte zahlreiche blaue Flecken, wie sie bei Alkoholikern, die im berauschten Zustand fallen, häufig zu finden sind. Als medizinische Todesursache wurden eine Epilepsie und Alkoholismus angegeben. Die Todesursache wurde rechtlich als "natürlicher Tod" gewertet.

Fall II *Anneliese Sch.* *Sektionsnummer 462/79*

Die 28jährige Mutter zweier minderjähriger Kinder lebte zusammen mit ihrem Ehemann, einem 29jährigen Kellner, in einer völlig verwahrlosten Wohnung.

Durch die Gastwirtschaft des Mannes und den Haushalt in Anspruch genommen, mußte Anneliese Sch. ihren ehemaligen Beruf als Regierungsobersekretärin aufgeben. Arbeitsmäßig fühlte sie sich durch die Betreuung der Kinder und die Arbeit in der Gaststätte überfordert. Sie ließ einmal eine Interruptio durchführen und erlitt 2 Fehlgeburten. Ihr erstes Kind hatte sie im Alter von 19 Jahren empfangen.

Seelisch hatten sich die Eheleute auseinandergelebt und deshalb die Scheidung eingereicht. Der ebenfalls trinkende Ehemann hatte ein Ver-

hältnis mit einer 16jährigen Nachbarin und schlug bei den zahlreichen Streitigkeiten, deren Ursache auch finanzielle Probleme waren, seine Frau. Deshalb hatte sich Anneliese Sch. im Heizungskeller eine Lagerstätte eingerichtet, wo sie auch ihren Alkohol- und Tablettenvorrat versteckt hielt. Sie soll täglich Hypnotika, Sedativa und ein bis zwei Flaschen Cognac konsumiert haben. Kurz vor dem Tod soll sie verwirrt gewesen sein und tätliche Auseinandersetzungen mit ihrem Mann gehabt haben.

Von ihrem Ehemann wurde sie, mit einem Bademantel bekleidet, tot im gemeinsamen Schlafzimmer aufgefunden. Der Notarzt stellte wegen zahlreicher Kratz- und Würgemale keinen Totenschein aus, sondern verständigte die Polizei, die ein DIN A 4-Blatt mit der Aufschrift "auf Wiedersehen" und zahlreiche leere Tablettenschachteln im Heizungskeller fand.

Bei der Obduktion wurde eine Myokardfibrose und Myokardose festgestellt sowie eine kleinsttropfige Leberverfettung. Aufgrund einer hochgradigen Füllung der Harnblase wurde eine längere Bewußtlosigkeit praemortal angenommen. Als medizinische Todesursache wurde eine akute Stauung und Hypoxie durch eine Antihistaminintoxikation festgestellt. Rechtlich wurde der Tod als Suicid gewürdigt.

Der Ehemann wurde wegen der praemortalen Tätlichkeiten wegen "versuchten Totschlags" zu einem halben Jahr Freiheitsentzug mit Bewährung verurteilt.

Fall III *Waltraud Sch.* *Sektionsnummer 830/79*

Die 56 Jahre alte, geschiedene Hausfrau lebte seit 6 Jahren allein in einer verwahrlosten, mit Kot verschmutzten Wohnung. Seit dem Tod ihres jüngsten Sohnes begann sie verstärkt zu trinken, da sie sich an seinem Tod mitschuldig glaubte. Dieser Sohn verstarb im Alter von 15 Jahren an den Folgen eines perforierten Appendix. Die Mutter soll zu spät ärztliche Hilfe herbeigeholt haben. Ein Jahr nach dem Tod des Sohnes wurde Waltraud Sch. nach 17 Jahren Ehe von ihrem Mann geschieden, der den zweiten Sohn mitnahm und erneut heiratete.

Sie lebte von DM 900,- Rente und Alimente und wurde bis auf Bluse und Socken unbekleidet in ihrer Wohnung gefunden. Praemortal soll sie

Selbstmordgedanken geäußert haben. Der Hausarzt schildert sie als depressiv und als eine starke und therapieunwillige Alkoholikerin.

Bei der Obduktion wurde festgestellt, daß sie an den Folgen eines Sturzes, wahrscheinlich in berauschtem Zustand, gestorben ist und längere Zeit tot in der Wohnung gelegen hat. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung wurde als Todesursache ein subdurales Hämatom festgestellt. Außerdem fand man eine zirrhotisch umgewandelte Leber, eine Emphysembronchitis und eine sehr feste, grob gekörnte, verschmälerte Bauchspeicheldrüse.

Rechtlich wurde der Tod als "Unfall" gewertet.

Fall IV Wanda O. *Sektionsnummer 198/80*

Die 49jährige, in Westpreußen geborene Hausfrau und Mutter von 2 Söhnen (18 und 23 Jahre), lebte zusammen mit ihrem jüngsten Sohn und ihrem alkoholsüchtigen Ehemann, mit dem sie seit 25 Jahren verheiratet war und den sie über ein kleines Taschengeld finanziell knapp hielt, damit er "nicht alles versäuft". Das Taschengeld verbrauchte der Ehemann täglich für den Genuß einer Flasche Korn und mehrerer Flaschen Bier. Das zu kleine Taschengeld und die Trunksucht des Mannes waren Ausgangspunkt vieler Streitereien, die oft durch die Polizei beendet werden mußten. Gegen den Ehemann lief außerdem ein Verfahren wegen Körperverletzung, weil er seine Ehefrau wiederholt mißhandelt haben soll.

Wanda O. hatte sich inzwischen mit ihrem häuslichen Schicksal abgefunden. Sie war tablettensüchtig und hatte mit dem Tod ihres Vaters ihren letzten Halt verloren. Unter dem Aspekt "dann säuft er wenigstens nicht alles" begann sie ebenfalls, Alkohol zu trinken.

Seit einem Jahr war der Ehemann - von Beruf Elektroschweißer mit einem monatlichen Nettoeinkommen von 2 000,- DM - aufgrund der Trunksucht arbeitsunfähig und somit ständig zu Hause. Seit dieser Zeit nahmen die Tätlichkeiten rapide zu. Vor ihrem Tode hatten beide die letzten Tage nur mit Trinken, Fernsehen und Schlafen verbracht.

Der 18jährige Sohn fand seine Mutter tot auf dem Bett liegend und benachrichtigte die Polizei und seinen außer Haus lebenden Bruder.

Bei der gerichtlichen Obduktion wurden Zeichen stumpfer Gewalt und Blut in den Atemwegen festgestellt. Als Nebenbefunde wurden eine all-

gemeine Adipositas, ein 420 g schweres, entzündlich verändertes Herz, eine feinknotige Leberzirrhose mit portaler Hypertension und Ösophagusvarizen, ein Ikterus und ein Diabetes festgestellt. Aus der Anamnese ging hervor, daß Wanda O. zur Shunt-Operation vorgeschlagen worden war.

Die medizinische Todesursache ist demnach als ein Tod nach Blutaspiration, rechtlich als "Tod durch Fremdverschulden" gewertet worden. Der Ehemann wurde als Täter ermittelt und wegen fortgesetzter gefährlicher Körperverletzung zu 2 Jahren Freiheitsentzug verurteilt.

Fall V Dorothea W. *Sektionsnummer 1168/80*

Die 43jährige, verwitwete und geschiedene Dorothea W. lebte seit Jahren allein in einer unordentlichen 2-Zimmer-Wohnung in einem 24-Mietparteien-Haus.

Die zweifache Mutter hatte das Sorgerecht über ihre beiden Kinder wegen einer Alkohol- und Tablettensucht entzogen bekommen; die Kinder lebten zum Zeitpunkt des Todes der Mutter bei Pflegeeltern.

Ihren letzten Freund, einen 38jährigen Prokuristen, lernte sie 1977 im LKH Grafenberg während einer Entziehungskur kennen. Obwohl sie mehrfach eine Entziehungskur durchführte, soll sie nie "trocken" gewesen sein. Polizeilich war sie wegen zweier Suicidversuche und einem Ladendiebstahl aufgefallen. Sie lebte von 800,- DM Arbeitslosenhilfe und wurde außerdem von ihrem Freund finanziell unterstützt. In naher Zukunft sollte sie als Bürokraft in den Familienbetrieb des Freundes integriert werden. Sie planten eine gemeinsame Zukunft.

Zwei Freundinnen, die Dorothea W. bei den "Anonymen Alkoholikern" kennengelernt hatte, machten sich Sorgen um sie, als Dorothea W. bei einem Besuch nicht öffnete. Die alarmierte Feuerwehr brach die Tür auf und fand die Tote halbbekleidet im Bett liegend vor.

Bei der Obduktion wurde neben einer Fettleber von 1250 g, einer einseitigen Mammaaufbauplastik und einem reduzierten Körpergewicht von -14 % unter dem Normalgewicht nichts Auffälliges gefunden. Als Todesursache wurde eine Alkohol-Medikamenten-Intoxikation bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,83 Promille angenommen. Rechtlich wurde die Todesursache als "ungeklärt" gewürdigt, ein Fremdverschulden jedoch ausgeschlossen.

2.4 Alkohol und Organveränderungen

"Chronischer Alkoholgenuß kann mit Krankheiten fast aller Körperorgane vergesellschaftet sein." (KIRSIN und Begleiter, 1971)

Alkohol und Herzkreislaufsystem

Chronischer Alkoholgenuß und seine Auswirkungen auf das Herz wurden erstmals 1884 von BOLLINGER in seiner Veröffentlichung über das "Münchener Bierherz" beschrieben. Heute ist die Diagnose "Alkoholische Kardiomyopathie" die häufigste Mitdiagnose bei der alkoholischen Leberzirrhose (INFRATEST, 1979).

Neben noch ungeklärter Ätiologie und Pathogenese stellt eine immer noch unklare Definition eine der Hauptschwierigkeiten zur Einordnung dieser Krankheit dar. KUHN (1981) definierte die alkoholische Kardiomyopathie (KMP) als eine "chronische Insuffizienz eines allseits dilatierten Herzens, für deren Ursache sich als einziger Hinweis ein längerer, hoher Alkoholkonsum findet". Makroskopisch findet man neben der Dilatation häufig eine Hypertrophie, mikroskopisch eine interstitielle Fibrose (BSCHOR, 1963). Als Ätiologie der alkoholischen KMP werden in der Literatur hauptsächlich 4 Hypothesen angegeben, denen jedoch auch widersprochen wurde:

1) Die älteste Annahme ist aufgrund der engen morphologischen Verwandtschaft zu Myopathien bei Beri-Beri die einer Mangelernährung an Thiamin als ursächlicher Faktor (MÜLLER, 1975; KANTHER, 1964). Dieser These wurde wiederholt widersprochen. So sollen nach neueren Untersuchungen Vitamin B_1-Hypovitaminosen keine Rolle für die Entstehung einer alkoholischen KMP spielen (KÜBLER et al., 1973).

2) Alkohol ist ein Zellgift. So soll Alkohol aufgrund eines Alkoholdehydrogenasemangels und damit eines fehlenden Schutzmechanismus direkt toxisch auf den Herzmuskel wirken (KREBS, 1970). Diese Hypothese konnte in Tierexperimenten bestätigt (PERLUFF, 1962), aber auch widerlegt werden (ROSSI, 1980).

3) Da die alkoholische KMP bei Alkoholikern unregelmäßig auftritt, muß sie eine multifaktorielle Ätiologie haben. Eine direkt die

toxische Wirkung des Alkohols verstärkende Eigenschaft könnten z.B. Veranlagung, Unterernährung, Virusinfekte und Zusatzstoffe in alkoholischen Getränken haben (PERLHOFF, 1982).

4) Diesen Hypothesen, die sich auf die Herzmuskelzellen beziehen, steht eine neuere These gegenüber, welche die Ursache für die alkoholische KMP in einer Alkohol-Angiopathie sieht (TAUCHERT, 1983).

ROTTER (1975) ordnet die alkoholische KMP als toxische den sekundären Formen zu, die insgesamt 10 % aller KMPs ausmachen. KUHN (1981) stellt eine weitgehende Identität in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht zwischen der alkoholischen und der kongestiven KMP fest. Da die kongestive KMP zu den primären Formen gehört, die mit 90 % den größten Anteil aller KMPs (ROTTER) ausmachen, käme nach KUHN der alkoholischen KMP eine weitaus größere Bedeutung zu als bislang angenommen.

Ergebnisse

Das weibliche Herz wiegt durchschnittlich 220 g (BEYERSDORF, 1978). In unserem Kollektiv wogen die Herzen durchschnittlich 327 g. Setzt man das Herzgewicht in Relation zum jeweiligen Körpergewicht, so hatten 41,7 % aller Frauen ein Herzgewicht bis zu 0,5 % des Körpergewichtes, 36,7 % ein Herzgewicht zwischen 0,5 und 0,6 % und 21,5 % der Alkoholikerinnen ein Herzgewicht von bis zu 0,6 % des Körpergewichtes. Als Normalwert wird von LEHMANN (1976) ein Gewicht des Herzens von 0,4 % des Körpergewichtes angegeben. "Kritische Herzgewichte" (LINZBACH), d.h. Herzgewichte von über 450 g, wurden 9 mal gefunden. Das höchste Gewicht lag bei 690 g, 1,3 % des Körpergewichtes.

Klappenveränderungen oder Herzfehler fanden sich bei 7 Herzen, wobei aber nur bei dreien eine Herzhypertrophie mit einem Herzgewicht von über 0,5 % des Körpergewichtes festgestellt wurde.

Eine ausgeprägte alkoholische KMP wurde in 21 Fällen diagnostiziert. Zusätzlich fand sich in 10 Fällen ein allseits dilatiertes Herz und in 13 Fällen eine chronische Herzinsuffizienz.

Zusammenfassend ergibt sich, daß bei den Trinkerinnen unseres Kollektivs das Herz durchschnittlich 107 g schwerer als das der Frauen in der Normalbevölkerung war. Diese Hypertrophie konnte in nur 3,8 % der Fälle durch entzündliche Klappenveränderungen oder Herzfehler erklärt werden.

Ein geschädigtes Herz fand sich in 35,7 % aller Fälle. In 16,7 % konnte eine allseitige Dilatation oder eine chronische Insuffizienz, in 17,0 % der Fälle das typische Bild einer alkoholischen KMP diagnostiziert werden.

Gefäßveränderungen im Sinne einer Koronarsklerose zeigten 23 Alkoholikerinnen (16,7 %) in Abhängigkeit zum Lebensalter, das bei diesen Frauen mit durchschnittlich 55 Jahren 9 Jahre über dem unseres Gesamtkollektivs lag. Alte Schwielen und Narben fanden sich bei 8 Frauen (6,5 %), frische Infarktzeichen bei vieren (3,2 %).

Diskussion

Eine alkoholische Kardiomyopathie ist aufgrund verschiedener Untersuchungsmethoden (makroskopisch oder makroskopisch und mikroskopisch) und den eingangs erwähnten unterschiedlichen Definitionen (Hypertrophie, Dilatation, interstitielle Fibrose) auch in wechselnder Häufigkeit beschrieben worden. Die Angaben schwanken dabei zwischen 0 % (ROSSEL, 1969) und 15,4 % (SCHENK und COHEN, 1977). Unsere Ergebnisse liegen mit 17,0 % der Fälle somit im oberen Bereich der bislang gefundenen Werte.

Alkohol und Hirnatrophie

COURVILLE und MEYERS (1954) postulierten, daß chronischer Alkoholismus die häufigste Ursache der Rindenatrophie im 4. und 5. Dezenium ist. GALL (1978) stellte nach CT-Untersuchungen bei 2/3 aller Alkoholiker eine Rindenatrophie fest. Dabei korrelierte das Ausmaß der Befunde mit dem Lebensalter und der Mißbrauchsdauer. Hirnatrophien im Sektionsgut chronischer Alkoholiker wurden in 10 % (ROSSEL, 1969) bis 50 % (MÜLLER, 1975) gefunden. Einen direkten Zusammenhang zwischen Mißbrauchsdauer und Hirnatrophie lehnte NEUBÜRGER (1938) dagegen mit der Begründung der geringen Spezifität der Hirnrindenatrophie als Alkoholfolge ab und ordnete die Befunde den senilen und präsenilen Atrophien zu. MÜLLER (1975) maß dem Alkohol für eine senile oder präsenile Involution des Gehirnes eine zumindest beschleunigende Rolle zu.

Ergebnisse

In unserem Autopsiegut fanden sich bei 31 Frauen Zeichen einer Hirnatrophie und/oder Kammererweiterung. 20 hatten eine Hirnatrophie, 6 eine Hirnatrophie kombiniert mit einer Kammerweiterung, und 5 eine isolierte Kammererweiterung.

Das Durchschnittsalter der 26 Hirnatrophiker lag bei 48,9 Jahren und bei den 11 Frauen mit Kammerweiterung bei 46 Jahren. In 26 Fällen (84 %) waren die Hirnveränderungen präsenil, d.h. sie wurden bei unter Sechzigjährigen gefunden.

Diskussion

Unsere Ergebnisse lassen sich am ehesten mit den Ergebnissen von ROSSEL vergleichen, der die Krankenblätter chronischer Alkoholiker aus dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Berlin aus dem Jahre 1969 auswertete. Dabei fand er bei einem Kollektiv von 41 Alkoholikerinnen mit einem Durchschnittsalter von 50,6 Jahren in 12,2 % der Fälle eine Kammererweiterung und in 9,8 % der Fälle eine Rindenatrophie. Die Frauen unseres Kollektivs waren zum Zeitpunkt des Todes durchschnittlich 5 Jahre jünger als bei ROSSEL, was mit einem früheren Trinkbeginn der Frauen erklärt werden könnte.

Eine Hirnkammererweiterung wurde fast ebenso häufig wie von ROSSEL angegeben (ROSSEL 12,2 %, Auswertung Düsseldorf 8,9 %). Hinsichtlich der Großhirnrindenatrophie weichen die Ergebnisse jedoch voneinander ab (ROSSEL 9,8 %, Auswertung Düsseldorf 21,1 %). Der große Anteil junger Hirnatrophiker in unserem Sample spricht mehr für den Alkohol als für das Alter als die entscheidende Ursache für die Befunde.

Alkohol und Leberschäden

80-85 % des Alkohols wird in der Leber oxidiert. Somit nimmt die Leber eine zentrale Stellung im intermediären Stoffwechsel des Alkohols ein (FILIPPINI, 1971).

Übermäßiger Alkoholgenuß schädigt die Leber direkt und indirekt. Dabei kann es über eine alkoholische Fettleber und Hepatitis zu einer Leberzirrhose kommen, die schließlich die Todesursache eines Potators sein kann. Der Zusammenhang zwischen Alkoholgenuß und Leberschaden war schon in der Antike bekannt (FILIPPINI, 1971).

Heute werden bei 60 % (FINKE, 1980) bis 86 % (MORGAN und SHERLOCK, 1977) aller Alkoholikerinnen Hepatopathien diagnostiziert. Einhellig ist man der Meinung, daß Frauen trotz geringeren Alkoholkonsums häufiger als Männer Leberschäden bekommen (FINKE, 1980; MAIER, 1979; MORGAN und SHERLOCK, 1977; THALER, 1977; ASHLEY, 1977).

Dieser Sachverhalt wird durch eine niedrige Abbaurate des Alkohols in der weiblichen Leber, durch hormonelle Faktoren und die häufige Mehrfachabhängigkeit, die zusätzlich leberbelastend wirkt, erklärt (FINKE, 1980). In unserem Sample mußten wir uns auf die Diagnose Fettleber und Leberzirrhose beschränken, weil nur bei wenigen Frauen histologische Untersuchungen der Leber vorlagen. So fand sich eine Alkoholhepatitis nur in 3 Fällen. Dieses Ergebnis (3,1 % aller Hepatopathien) weicht signifikant von allgemein gefundenen Werten ab, welche die Häufigkeit der Alkoholhepatitis mit 22 % aller Hepatopathien (TESCHKE, 1981) angeben, bzw. sie bei jeder fünften Fettleber finden (FILIPPINI, 1971).

Die Fettleber ist die erste lichtmikroskopisch nachweisbare Leberschädigung nach Abusus (LIEBER, 1981) und gilt seit ORTH (1886) als die eigentliche "Säuferleber". Die Diagnose Fettleber ist von ihrem Vorstadium der Leberzellverfettung und der Hepatomegalie abzugrenzen, was aufgrund einer nicht einheitlichen Definition des Begriffes "Fettleber" schwerfällt.

Histologisch geht man von einer Fettleber aus, wenn 25 % der Hepatozyten von Fetteinlagerungen betroffen sind (TESCHKE, 1981) oder der Fettgehalt des Parenchyms über 10 % des Trockengewichts ansteigt (STROHMEYER, 1967).

Weil in unseren Fällen nicht regelmäßig eine histologische Untersuchung der Leber vorgenommen wurde, konnten nur die mikroskopischen Befunde wie Vergrößerung, teigige Konsistenz und hellbrauner bis gelber Farbton zugrunde gelegt und die Fettleber so von der einfachen Vergrößerung, der Hepatomegalie, abgegrenzt werden.

Alkohol als ätiologischer Faktor der Fettleber

Alkohol kann direkt und indirekt eine Fettleber erzeugen. So ersetzt Alkohol die Fettsäuren als Brennstoff für die Lebermitochondrien, was zu einer Anhäufung von Fettsäuren in den Leberzellen führt. Diese Fettsäureanhäufung wird zusätzlich verstärkt durch eine Steigerung der Fett-

synthese, die bei der Alkoholoxidation aus entstehendem Wasserstoff resultiert (TESCHKE, 1981). Diese alkoholinduzierte Fettsäureverwertungs- und Fettsäuresynthesestörung kann schon nach wenigen Wochen eine Fettleber zustande kommen lassen, die jedoch durch Alkoholkarenz reversibel ist (FILIPPINI, 1971). Neben dieser direkten Erzeugung einer Fettleber kann Alkohol auch indirekt eine Fettleberentstehung begünstigen (s. Abb. 6, S. 57).

Andere ätiologische Faktoren für die Fettleber

Eine Fettleber kann aber auch ganz allgemein durch hypoxische Schäden, Stoffwechselkrankheiten, endogene und exogene Gifte sowie Über- und Unterernährung entstehen. Der Alkohol ist zwar in der Literatur mit bis zu 77 % die häufigste (WEWALKA, 1963), aber nicht die alleinige Ursache der Fettleber.

Da es keine spezifische, alkoholische Fettleber gibt, gilt es, die anderen möglichen Ursachen, wie chronische Hypoxie kardialer, pulmonaler und anämischer Natur, Diabetes mellitus, Pankreasinsuffizienz, schwere Infektionen, starkes Über- und Untergewicht sowie andere Noxen wie Medikamentenabusus auszuschließen.

Eigene Untersuchungen

In unserem Kollektiv hatten 12,2 % der Frauen eine Hepatomegalie und 47,9 % eine Fettleber. Bei 33,3 % aller 123 Frauen lag das Lebergewicht über 2000 g und somit mehr als 500 g über dem mittleren Lebergewicht von 1500 g. Eine Leber wog sogar 5160 g und lag damit 345 % über dem Normalgewicht. Es zeigte sich, daß eine "reinalkoholische" Fettleber in unserem Untersuchungsgut selten war. Dies lag einerseits an der häufigen Mehrfachabhängigkeit, andererseits an der Multimorbidität der untersuchten Frauen. So hätten von den 59 Fällen mit dem Vollbild einer Fettleber 45 durch eine Pneumonie, Medikamentenabusus, schwere Adipositas oder Unterernährung mit jeweils 20 % über oder unter dem Normalgewicht, eine Herzinsuffizienz oder durch eine Pankreasinsuffizienz erklärt werden können.

Der Alkoholgenuß als alleinige, direkte Ursache für die Entstehung einer Fettleber konnte also nur in 23,7 % in Betracht gezogen werden. Eine Kombination steatogener Ursachen fand sich in 76,3 % der Fälle.

Von 58 Fettlebern (100 %) entfielen demnach auf die Kombinationen:

Alkohol und Medikamentenabusus	34,5 %	
Alkohol und Herzinsuffizienz	29,3 %	
Alkohol und Pneumonie	20,7 %	
Alkohol und Adipositas	18,9 %	76,3 %
Alkohol und Pankreasinsuffizienz	15,5 %	
Alkohol und Untergewicht	8,6 %	
Alkohol als alleinige Ursache	23,7 %	23,7 %
gesamt	151,2 %	100,0 %
(Differenz durch Kreuzkombination)		

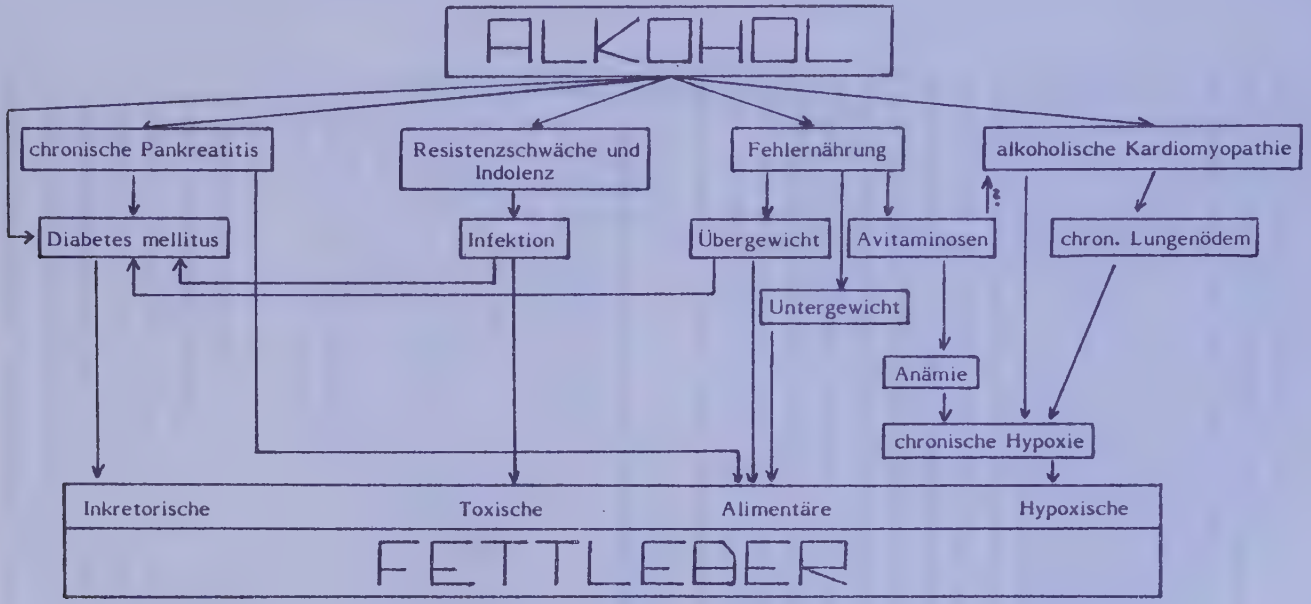
Alle diese weiteren steatogenen Erkrankungen können aber auch mittelbare Folgen eines vorangegangenen Alkoholmißbrauchs sein (s. Abb. 6, S. 57). Auch können einige dieser Erkrankungen die Lebertoxizität des Alkohols steigern und somit die Fettleberentstehung begünstigen.

Alkoholhepatitis und Leberzirrhose

Die schweren, aber auch selteneren Verlaufsformen einer alkoholischen Leberschädigung stellen die Hepatitis und die Zirrhose dar.

Während man bei 75 % aller Alkoholiker eine Leberzellverfettung und in 33 % eine totale Fettleber finden kann (GEDIGK und BECHTELSHEIMER, 1975), findet man die Zirrhose nur in 14,9 % der Fälle (VON OLDERSHAUSEN, 1970). Dabei verhält sich das Auftreten einer Zirrhose proportional zur Trinkdauer und Trinkmenge, so daß die Zirrhose als Spätfolge eines langjährigen erheblichen Alkoholkonsums angesehen werden kann. Nach Angaben in der Literatur geht man von einem mindestens fünfjährigen Abusus bis zur Ausbildung einer Zirrhose aus. Nach ca. 15 Jahren soll sich dann bei mehr als 50 % der Potatoren eine Zirrhose entwickelt haben (LELBACH, 1967).

Bei Zirrhotikerinnen fanden MORGAN und SHERLOCK (1977) einen durchschnittlich 16,8 jährigen Alkoholabusus, bei Männern einen von 20,4 Jahren. Eine Zirrhose soll sich nach MAIER (1979) bei Frauen trotz wesentlich geringeren Alkoholkonsums doppelt so häufig entwickeln wie bei Männern. Dieses Ergebnis konnte durch eine Düsseldorfer Studie (TESCHKE, 1981), nach der Frauen mit alkoholischen Leberschäden in 27,9 %, Männer mit alkoholischen Leberschäden in 23 % der Fälle eine Zirrhose aufwiesen, nicht bestätigt werden.



Anmerkung: 1) und 2) können einen latent vorhandenen Diabetes auslösen.

3) Alkohol verschlechtert die diabetische Stoffwechsellage und kann diabetische Störungen hervorrufen

Abb. 6: Die indirekten Entstehungsmechanismen einer Fettleber durch Alkohol

Ein Zirrhotiker hat eine schlechte Prognose. So beträgt seine durchschnittliche Lebenserwartung nach Diagnosestellung nur noch 3,3 Jahre. Hauptsächliche Todesursache ist die Ösophagusvarizenblutung (BECKER, 1980). Eine alkoholbedingte Leberzirrhose entwickelt sich im allgemeinen aus einer Fibrose, die auf dem Boden einer Fettleber, Hepatitis oder zentralen hyalinen Sklerose entsteht. Die zentrale hyaline Sklerose wird nahezu stets bei der Alkoholhepatitis und bei 40 % aller Fettlebern (TESCHKE, 1981) gefunden. Nach Nekrosen und Entzündungen mit Regeneratbildung entwickelt sich später die typische Leberzirrhose mit feinhöckriger Oberfläche. Lichtmikroskopisch findet man eine Bindegewebsvermehrung mit Pseudolobulusbildung und Parenchymschwund.

Ergebnisse

Eine Leberzirrhose fand sich in 19 der 123 Fälle (15,4 %). Ordnet man die Zirrhosefälle den rechtlichen Todesursachen zu, so ist auffällig, daß 20 % der natürlich Verstorbenen, aber nur 10,2 % der gewaltsam Verstorbenen an einer Zirrhose erkrankt waren. Diese Diskrepanz könnte man einmal durch die Tatsache erklären, daß sich unter den Alkoholikern der Gruppe "unerwartete natürliche Todesfälle" viele befanden, die direkt oder indirekt an einer Leberzirrhose erkrankt waren und auch daran verstarben. Eine andere Erklärung fände sich in der unterschiedlichen Trinkdauer dieser beiden Gruppen. Das Durchschnittsalter der Zirrhotiker lag mit 53,9 Jahren mehr als acht Jahre über demjenigen der Frauen mit einer Fettleber (45,6 Jahre) und demjenigen des gesamten Samples (45,9 Jahre).

Trinkdauer und Leberschäden

Von 123 Patienten war nur bei 51 die Mißbrauchsdauer bekannt. 33 von 51 Frauen (64,7 %) mit bekannter Alkoholanamnese waren an einer Hepatopathie erkrankt. Von diesen 33 Hepatopathien entfielen 3 auf eine Hepatomegalie, 22 auf eine Fettleber, 1 auf eine Hepatitis und 7 auf eine Zirrhose. Von den 7 Zirrhotikerinnen hatten 3 weniger als fünf Jahre, drei zwischen fünf und zehn und eine mehr als zehn Jahre Alkoholabusus betrieben.

Die Aufgliederung aller Leberaffektionen nach der Mißbrauchsdauer ergibt: 63 % aller Trinkerinnen mit einer Alkoholkarriere bis zu fünf Jahren und 69,5 % aller Trinkerinnen mit einer Alkoholkarriere bis zu zehn Jahren hatten eine Hepatopathie. Diese Progredienz scheint die Theorie

zu bestätigen, daß die Mißbrauchsdauer mit Leberschäden korreliert (s. auch Durchschnittsalter Fettleber - Leberzirrhose). Demgegenüber hatten aber die 10 % aller Alkoholikerinnen, welche mehr als 10 Jahre tranken, nur in 50 % aller Fälle eine Lebererkrankung. Dies scheint die Vermutung zu bestätigen, daß auch genetische Faktoren für die Ausbildung eines Leberschadens ursächlich sein müssen.

Im Hinblick auf experimentelle Untersuchungen zur Entwicklung eines Leberschadens bei relativ kurzer Trinkdauer scheinen diese Ergebnisse ebenfalls interessant. Sie zeigen, daß 63 % aller Alkoholikerinnen mit kurzer Mißbrauchsdauer (unter 5 Jahre) nachweisbare Leberschäden wie Fettleber, Hepatitis und Zirrhose hatten. Zur Entwicklung eines schweren Leberschadens ist also eine lange Alkoholkarriere von mehr als 10 Jahren nicht obligat, wie VON OLDERSHAUSEN (1970) postuliert.

Über "Trinkmenge und Leberschaden" möchte ich hinsichtlich vager Äußerungen der Verwandten und Bekannten keine Aussagen treffen.

Andere ätiologische Faktoren für die Leberzirrhose

Die Leberzirrhose kann die Folge nicht nur eines Alkoholabusus, sondern auch einer Hepatitis, einer Mangelernährung oder einer Rechtsherzinsuffizienz sein. Häufig wird eine Zirrhose durch mehrere Faktoren ausgelöst. Allgemein geht man davon aus, daß ca. 50 % aller Zirrhosen von einem Alkoholabusus herrühren (SCHUBERT, 1981).

In unserem Untersuchungsgut, zu dem nur Alkoholikerinnen gehören, dürfte der Anteil wesentlich größer sein. Im allgemeinen geht man davon aus, daß der ältere Mensch mit einer Rechtsherzinsuffizienz die Zirrhose nicht mehr erlebt (SCHUBERT, 1981). In fünf Fällen konnte aber eine Zirrhose aufgrund einer Herzinsuffizienz nicht ausgeschlossen werden:

Fall 1: Zirrhotische, 1070 g schwere Leber und ein 690 g schweres, dilatiertes Herz mit Endokardnarben, Sehnenflecken und ein Perikarderguß von 500 ml.

Fall 2: Zirrhotische, 4340 g schwere Leber und ein 500 g schweres, dilatiertes Herz bei Lungenödem und Pleuraerguß von 500 ml.

Fall 3: Zirrhotische, geschrumpfte, 1300 g schwere Leber und ein 270 g schweres, chronisches Cor pulmonale bei chronischem Emphysem und Hydrothorax von 430 ml.

Fall 4: Zirrhotische, feinknotige, 2200 g schwere Leber und ein 500 g schweres Herz mit blaßgelblicher Muskulatur.

Fall 5: Zirrhotische, feinknotige, 2050 g schwere Leber und ein 420 g schweres Herz mit entzündlich veränderten Tricus- und Bicuspidalklappen.

Ob die Zirrhose bei den Frauen dieser 5 Fälle von einem Alkoholabusus, einer Herzinsuffizienz oder sogar von beidem herrührt, bleibt fraglich. Auch kann in den Fällen 1, 2 und 4 eine alkoholische KMP nicht ausgeschlossen werden, weil eine histologische Untersuchungen nicht vorgenommen worden ist.

Zusammenfassung

Insgesamt 77,2 % aller 123 Frauen zeigten Leberveränderungen. Dabei ist der Anteil bei allen Todesursachengruppen mit 80 % der eines "natürlichen Todes" und mit 73,5 % der eines "gewaltsamen Todes" Verstorbenen fast gleich groß.

Bemerkenswert ist, daß schwere Leberveränderungen wie Hepatitis und Zirrhose bei den "natürlich Verstorbenen" mit 23 % fast doppelt so häufig wie bei den "gewaltsam Verstorbenen" mit 12,2 % sind. Diese Differenz kann durch die unterschiedliche Trinkdauer der Frauen der einzelnen Gruppen und besondere Gruppenmerkmale erklärt werden. Trinkdauer und Leberschäden sind proportional. Für die Ausbildung eines Leberschadens scheint aber auch schon eine kurze Mißbrauchsdauer zu genügen. Andererseits muß an genetische Faktoren gedacht werden, die Hepatopathien begünstigen, um die auffallend niedrige Lebermorbidität von "Alttrinkern" erklären zu können. Lebererkrankungen rein alkoholischer Genese sind selten. In 3/4 aller Fälle liegen Kombinationsursachen vor.

Bei den Lebererkrankungen nimmt die Fettleber mit 61,5 % aller Leberaffektionen vor der Zirrhose mit 19,8 % und der Hepatomegalie mit 15,6 % den größten Anteil ein. Die Alkoholhepatitiden (3,1 %) konnten aufgrund mangelnder histologischer Untersuchungen nicht genauer bewertet werden.

Alkohol und Gallenblase

Eine Leberzirrhose kann die Entstehung von Gallensteinen durch die Ausscheidung einer lithogenen Galle fördern. So kommt es bei der Zirrhose wegen des primären Bildungsmangels von gallensauren Salzen zu einem Mißverhältnis von Cholesterin und Gallensäuren, was eine Ausfällung von Cholesterin und damit die Entstehung von Cholesterinsteinen begünstigt.

Cholelithiasis und Cholecystitis sind eng miteinander verknüpft. Es ist gesichert, daß eine Cholecystitis zur Steinbildung Anlaß geben kann; andererseits können Steine durch mechanische Reize eine Entzündung auslösen und unterhalten. Somit müßten Cholelithiasis- und Cholecystitisfälle bei Alkoholikern häufiger vorkommen als bei Nichttrinkern.

Ergebnisse

In unserem Untersuchungsgut hatten insgesamt 20 Alkoholikerinnen (16,2 %) auffällige Befunde der Gallenblase, und zwar 11 "Zustand nach Cholektomie", 7 mal Cholelithiasis und 2 mal Cholecystitis. Prozentual waren die natürlich verstorbenen Frauen mit 20 % annähernd doppelt so häufig von Gallenblasenerkrankungen betroffen wie die gewaltsam verstorbenen mit 12,2 %.

Eine Leberzirrhose kombiniert mit einer Gallenaffektion hatten 5 Frauen, demnach 26,3 % aller Zirrhotikerinnen. Somit erkrankten die Zirrhotikerinnen mit 26,3 % häufiger an Gallenblasenleiden als die Nichtzirrhotiker mit 14,4 %.

Diskussion

In der Los Angeles-Studie von CRAIG et al. (1980) wird bei chronischen Alkoholikern gehäuft Cholecystitis, aber keine Häufung von Cholelithiasis beschrieben. Das Vorkommen der Cholelithiasis wird in europäischen Autopsiestudien für die Normalbevölkerung mit 10 bis 25 % und eine solche bei Zirrhotikern mit 42 % angegeben (HÜDEPOHL, 1983). Somit scheint doch entgegen den Ergebnissen der Los Angeles-Studie Gallensteinbildung bei Leberzirrhotikern häufiger vorzukommen, was aber anhand unserer Untersuchungsergebnisse nicht hat bestätigt werden können.

Alkohol und Magendarmtrakt

Alkohol kann den Magendarmtrakt akut und chronisch schädigen. So kann der Alkohol als exogene Noxe eine akute Gastritis verursachen (HEGGLIN und SIEGENTHALER, 1980). Wiederholte akute Gastritiden können selten in eine chronische Gastritis übergehen, die wiederum als "Umbaugastritis" zur Entwicklung von Ulcera führen kann (SCHUBERT und BEDTKE, 1981). Magenresektionen wären dann der letzte therapeutische Versuch, rezidivierende Ulcera zu beseitigen. Die Schädigung durch den Alkoholkonsum ist dabei nicht auf den Magen begrenzt. Alkoholbedingte Motilitätsstörungen des Ösophagussphinkters können zu Refluxösophagitiden führen (KAUFMANN, 1978). Ob aber eine ursächliche Beziehung zwischen Alkohol und chronischer Gastritis besteht, kann trotzdem nicht nachgewiesen werden (BERGES und WIENBECK, 1981).

Die Schwierigkeit, eine Kausalität zwischen Alkohol und chronischer Gastritis herzustellen, liegt in der Unmöglichkeit, Statistiken, die sich meistens in den folgenden Punkten unterscheiden, zu vergleichen:

1) Die Diagnose
   Eine Differenzierung zwischen der akuten Gastritis und der Frühform der chronischen Gastritis, der chronischen Oberflächengastritis, ist nur histologisch möglich. In Ermangelung einer histologischen Untersuchung in unserem Kollektiv kann ebenso wie bei ROSSEL (1969), FINKE (1980) und INFRATEST (1979) nur zwischen "akuter Gastritis/chronischer Oberflächengastritis" und "chronisch atropher Gastritis" unterschieden werden.

2) Alter und Wohnort der Patienten/Obduzierten
   Die Gastritis gilt als Frühfolgekrankheit des Alkohols (INFRATEST, 1979). Andererseits ist sie eine im höheren Alter häufig anzutreffende Krankheit, deren Beginn meistens im 5. Lebensdezenium liegt und ab dem 65. Lebensjahr bei 50 % aller Personen gefunden werden kann (SCHUBERT und BEDTKE, 1981). Aufgrund des durchschnittlich späten Trinkbeginns der Alkoholikerinnen, der in unserem Kollektiv bei 39 Jahren liegt, kann die Ausprägung einer chronischen Gastritis durch Alkoholabusus zeitlich mit dem Beginn der "allgemeinen" chronischen Gastritis zusammenfallen und somit die Statistik verfälschen. Außerdem ist bei den Statistiken ein starkes Stadt-Land-Gefälle zu beachten. So kommen Gastritiden überproportional häufig in Landkrankenhäu-

sern vor, was mit einer schlechteren ambulanten Versorgung auf dem Lande erklärt werden kann (INFRATEST, 1979).

3) Abgrenzung zu anderen Noxen
Da Alkohol- und Nikotinabusus eine hohe Koinzidenz besitzen, Alkoholikerinnen zusätzlich häufig an einer Medikamentensucht leiden, alle 3 Noxen aber für sich alleine eine akute Gastritis verursachen können, fällt der Nachweis des jeweiligen ursächlichen Faktors für eine akute und besonders für eine chronische Gastritis schwer.

4) Alter und Umfang der Statistiken
Das Alter der Statistiken spielt eine der bedeutendsten Rollen für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. So ist die Anzahl der abgeschlossenen Gesundheitsmaßnahmen von Magen-Darmkrankheiten bei der BfA in den Jahren von 1973 bis 1980 um die Hälfte abgesunken. Diese Abnahme täuscht eine absinkende Morbidität vor. Wahrscheinlicher ist, daß heutzutage ein Magenkranker nur selten stationär aufgenommen wird.

Ergebnisse

Von 123 Frauen hatten 24 (19,5 %) makroskopisch sichtbare Veränderungen des oberen Magendarmtraktes.

Entzündungen wurden 20 mal, Ulcera und ein "Zustand nach Magenresektion" je 3 mal gefunden. Eine Alkoholikerin hatte sowohl ein Ulcus als auch eine Gastritis, eine andere eine Ösophagitis und einen teilresezierten Magen. 7 chronisch-atrophe, 8 akute/chronische Oberflächengastritiden, 2 Ösophagitiden sowie 3 Gastroduodenitiden bilden die Gruppe der 20 Entzündungen.

Das Durchschnittsalter aller Frauen mit einer Gastritis lag mit 42,6 Jahren 3,2 Jahre unter dem unseres Gesamtsektionsgutes. Die Alkoholikerinnen mit einer ausgeprägten chronisch-atrophen Gastritis waren durchschnittlich 44 Jahre alt.

Da bei diesen Frauen keine Häufung der älteren Jahrgänge zu finden ist (Morbiditätsalter unter dem Gesamtsektionsgutalter), so wie es bei einer "allgemeinen" chronischen Gastritis zu erwarten gewesen wäre, wird die Mehrzahl der Gastritiden eine exotoxische Genese haben.

Unter den 15 Frauen mit einer Gastritis fanden sich 3 Frauen, die zusätzlich einen Medikamentenmißbrauch betrieben, und weitere 2 Frauen,

die starke Raucherinnen waren. Wahrscheinlich ist der Anteil der Doppelt- und Dreifachabhängigen aber größer, weil bei den Untersuchungen der Kriminalpolizei nicht gezielt nach Tabletten- und Nikotinmißbrauch gefahndet wurde. Bei der geringen Anzahl von nur 15 erkrankten Frauen kann die Frage, ob Alkohol, Medikamente, Nikotin oder ihre Kombinationen die ursächliche Noxe darstellen, nicht geklärt werden.

Diskussion

Eine chronische oder akute Gastritis wird in der Literatur je nach der Untersuchungstechnik makroskopisch in 21,4 % (ROSSEL, 1969), histologisch in bis zu 50 % (DINOSO, 1971) aller chronischer Alkoholiker angegeben. Dagegen sind in unserem Kollektiv Gastritiden mit 12,2 % selten. Gastroduodenitiden beschreibt ROSSEL (1969) bei 7,2 % (Auswertung Düsseldorf 2,4 %), Ulcera bei 7,2 % (Auswertung Düsseldorf 2,4 %) und einen "Zustand nach Magenresektion" bei 3,6 % (Auswertung Düsseldorf 2,4 %) aller obduzierten Frauen. Insgesamt findet ROSSEL (1969) in 39,4 % der Fälle Veränderungen des oberen Magendarmtraktes, während ebensolche Veränderungen bei nur 19,5 % der von uns untersuchten Frauen gefunden worden sind.

Die Ursache der divergierenden Ergebnisse muß in dem Alter und dem Umfang beider Untersuchungen liegen; denn während sich beide Studien hinsichtlich des Sterbealters der Frauen (ROSSEL 48,9 Jahre, Auswertung Düsseldorf 45,8 Jahre), Ortsgröße (ROSSEL Berlin, Auswertung Düsseldorf Großraum Düsseldorf) und Sample (beide Rechtsmedizinische Institute) kaum unterscheiden, differieren sie hinsichtlich der Kollektivgröße (ROSSEL 48 Frauen, Auswertung Düsseldorf 123 Frauen) und des Alters der Untersuchung (ROSSEL 1962/63, Auswertung Düsseldorf 1979/80/81).

Alkohol und Pankreas

Klinische Studien haben ergeben, daß in der Hälfte aller chronischen Pankreatitiden Alkohol als ursächlicher Faktor verantwortlich zu machen ist (CREUTZFELD, 1970; GOEBEL, 1981; POPPER und SCHAFFNER, 1975). Untersuchungen an chronischen Alkoholikern haben jedoch gezeigt, daß eine klinisch manifeste Pankreatitis nur in 1-10 %

der Fälle anzutreffen ist (DÜRR, 1978). Demgegenüber sind Funktionsstörungen des Pankreas bei chronischen Alkoholikern ohne klinische Zeichen einer Pankreatitis in 55 % der Fälle nachgewiesen worden (FILIPPINI, 1971; GOEBEL, 1981). BOCKER und SEIFERT (1972) haben bei 98 Sektionen chronischer Alkoholiker in 34 % der Fälle entzündliche Veränderungen des Pankreas nachgewiesen.

Diese Diskrepanz klinisch-manifester zu funktionell-morphologischen Pankreasveränderungen hat zu verschiedenen Theorien angeregt. Einmal könnte die große Indolenz der Alkoholiker oder zeitweises Aussetzen der schädigenden Noxe durch eine Entziehungskur eine Manifestation der klinisch diagnostizierten Pankreatitis verzögern oder verhindern. Andererseits könnten für die Entstehung der klinisch-manifesten Pankreatitis 3 weitere Faktoren verantwortlich gemacht werden, und zwar nach GOEBEL (1981)

1) die Dauer und die Menge des Alkoholkonsums,
2) Ernährungsgewohnheiten und
3) genetische Praedisposition.

Pathomechanismus und Morphologie

Während MÜLLER (1975) die direkt toxische Wirkung des Alkohols auf den Pankreas sowie einen Rückstau der Sekrete durch Gangverschluß infolge einer Schwellung der Duodenalschleimhaut nach anhaltendem Erbrechen für die Entstehung einer Pankreatitis verantwortlich machte, sah DREILING (1975) eine alkoholinduzierte, gesteigerte Sekretion bei gleichzeitiger Sphinktertonuserhöhung als ursächlichen Pathomechanismus an. Heute glaubt man (GOEBEL, 1981), daß der hauptsächliche Effekt zur Entstehung einer chronischen Pankreatitis nach einer anfänglichen Hemmung in einer gesteigerten Pankreassaftsekretion vor allem proteinreicher Säfte besteht.

Die gesteigerte Pankreassaftsekretion führt mit der Zeit zu grauweißen, hämorrhagischen und/oder kalkweißen Nekrosen. Die Nekrosen verbinden sich zu Narbenfeldern, das Pankreas wird fortlaufend kleiner, derb, gehöckert und gekörnt. Die Ausführungsgänge sind zystisch erweitert (ROTTER, 1975). Mikroskopisch finden sich häufig neben entzündlichen Infiltraten interstitielle Fibrosen.

Ergebnisse

Im vorliegenden Sektionsgut wurde ein Mal eine Pankreasinsuffizienz und ein Mal ein Diabetes mellitus als Todesursache angegeben (3 % aller natürlichen Todesursachen). Insgesamt wiesen 18,7 % aller 123 Frauen eine Pankreasveränderung auf. Dabei verteilten sich die Fälle auf die einzelnen Todesursachengruppen wie folgt:

Unter den gewaltsam Verstorbenen fanden sich 6 mal, unter den eines ungeklärten Todes Verstorbenen 2 mal morphologische Zeichen einer Pankreatitis. In der Gruppe der natürlich Verstorbenen fanden sich 14 mal morphologische Substrate einer Pankreasschädigung. Einmal wurde eine Pankreatitis in der Anamnese erwähnt. Mindestens 2 Frauen waren pankreasteilreseziert.

Diskussion

Der prozentual hohe Anteil von 34 % entzündlicher Pankreasveränderungen im Sektionsgut chronischer Alkoholiker (BÖCKER und SEIFERT, 1972) kann durch unsere Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden. Der Unterschied ist unter Berücksichtigung der Tatsache, daß unser Kollektiv im Gegensatz zu den Untersuchungen von BÖCKER und SEIFERT (1972) nur Frauen erfaßt, deren Organe, wie zum Beispiel das Pankreas, auf Alkohol empfindlicher reagieren als bei Männern (ASHLEY, 1977) und deshalb noch häufiger Organveränderungen aufzeigen müßten, sogar noch größer.

Den Zusammenhang von Trinkdauer und -menge an der Entstehung der chronischen Pankreatitis scheint unsere Untersuchung zu bestätigen. So haben die eines natürlichen Todes Verstorbenen mit einer längeren Trinkdauer in 23 % und somit häufiger nachweisbare Pankreasveränderungen als die gewaltsam Verstorbenen mit einer kürzeren Alkoholkarriere (12 %).

Alkohol und Nebenniere

Weiterhin stellt sich die Frage, ob bei Alkoholikerinnen aufgrund einer psychischen Überbelastung durch Alkohol überproportional häufig eine Hypertrophie der Nebenniere bzw. der Nebennierenrinde zu finden ist. Untersuchungen an Ratten haben nämlich gezeigt, daß 4-wöchige Alko-

holingestion zu einer Zunahme des Nebennierengewichtes und zu einer Synthesesteigerung des Corticosterons führt. Dabei soll bei chronischen Alkoholikern das stressende Agens nicht wie bei Nichttrinkern der Alkohol, sondern sein Entzug sein (KLEY et al., 1981).

Ergebnisse

In unserem Kollektiv befanden sich 18 Frauen mit einer Nebennierenhypertrophie (15 % aller Fälle), und zwar am häufigsten bei den natürlich Verstorbenen. Eine Atrophie der Nebenniere wurde in 7 Fällen (5,7 %) nachgewiesen.

Diskussion

Nach ROTTER (1975) soll in einem unausgelesenen Autopsiegut Nebennierenhypertrophie in 20 % der Fälle vorkommen. Da in unserem Autopsiegut nur 15 % aller Frauen bzw. 23 % aller natürlich Verstorbenen eine Nebennierenhypertrophie aufwiesen, kann ein Zusammenhang mit Alkoholabusus nicht behauptet werden.

Alkohol und Schilddrüse

Auch auf den thyreoidalen Regelkreis wirkt sich ein chronischer Alkoholgenuß aus. Der T_4-Spiegel ist zwar bei den Alkoholikern häufig durch den Leberschaden erhöht (JENNY und MEIER, 1981), und die Jodaufnahme in die Schilddrüse durch den Alkohol gesteigert (MURDOCK, 1967), die T_3-Plasmakonzentration ist jedoch deutlich vermindert (KLEY, 1981). Der Grund für diese verminderte T_3-Plasmakonzentration trotz erhöhter Substrate liegt nach Meinung von NOMURA (1975) in einer extrathyreoidalgestörten T_4-T_3-Konvertion. Diese Störung müßte, da T_3 zwei- bis viermal wirksamer als T_4 (SILBERNAGEL und DESPOPOULOS, 1979) und somit das eigentlich wirksame Schilddrüsenhormon ist, bei Alkoholikern zu einem Hypothyreoidismus führen, den GOLDBERG (1962) klinisch bestätigt hat. Durch Rückkopplung über den Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Regelkreis müßte das Resultat eines langjährigen Alkoholismus mit Hypothyreoidismus eine Struma sein.

Ergebnisse

In unserem Kollektiv fand sich 15 mal eine Veränderung der Schilddrüse, und zwar 11 mal eine Struma, 3 mal ein "Zustand nach Strumektomie" und 1 mal eine Schilddrüsenatrophie.

Diskussion

Die These einer verminderten hormonellen Stoffwechselaktivität bei Alkoholikern mit dem klinischen Bild eines Hypothyreoidismus und einer Struma hat in unserem Kollektiv pathomorphologisch nicht bestätigt werden können. So entspricht der Anteil der Strumae bzw. Strumektomien in unserem Kollektiv mit 11 % dem nordrhein-westfälischen Erwartungswert von bis zu 15 % (HOSTER, 1983).

Alkohol und Tuberkulose

Die Tuberkulose gehört zu den schweren Folgekrankheiten des Alkoholismus, deren Ursache für den ungünstigeren Verlauf bei Trinkern in einer allgemeinen Resistenzminderung und in der besonderen psychischen Situation des Alkoholikers begründet ist (LUDES und BUTER-WEIDEN, 1981).

Ergebnisse

4 der 123 Frauen (3,25 %) unseres Untersuchungsgutes hatten eine akute Tuberkulose der Atmungsorgane, die bei zweien als Todesursache festgestellt wurde; eine Alkoholikerin ist an einer kavernösen, eine andere an einer Miliartuberkulose verstorben.

Diskussion

Amerikanischen Untersuchungen zufolge soll es keine erhöhte Inzidenz der Tuberkulose bei Alkoholikern gegenüber der "Normalbevölkerung" mehr geben (CRAIG, 1980).

1981 erkrankten 0,64 Promille der erwachsenen weiblichen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens an einer Tuberkulose, die bei 0,67 Promille als Todesursache anzusehen war (STATISTISCHES JAHRBUCH FÜR NRW, 1982). Eine Auswertung rechtsmedizinischer Sektionsprotokolle der

Freien und Hansestadt Hamburg bestätigt die Größenordnung dieser Werte auch für das rechtsmedizinische Untersuchungsgut (NAEVE und KRAUSE, 1977).

Demgegenüber konnte in unserem Kollektiv bei 3,25 % der Alkoholikerinnen eine aktive Tuberkulose diagnostiziert werden, die bei 1,6 % aller Frauen des Gesamtkollektivs als Todesursache verantwortlich zu machen war.

Im Widerspruch zu den Ergebnissen CRAIG's (1980) scheint es unserem Ergebnis nach ein über 50-fach höheres Erkrankungsrisiko und eine mehr als 20-fach höhere Sterblichkeit für Tuberkulose bei den Alkoholikern als in der "Normalbevölkerung" zu geben.

Teil II

A. Dave

Befunde von 70
im Landeskrankenhaus Süchteln
therapierten Alkoholikerinnen

3.1 Material und Methode

Grundlage der Ausführungen in Teil II ist ein Patientengut von 70 Frauen, die in den Jahren 1979 bis 1981 in der Rheinischen Landesklinik Viersen-Süchteln terapiert worden sind. Zuvor sei bemerkt, daß die Therapie des Alkoholismus große Versagerquoten hat. Mehrere Frauen haben ihre Therapie abgebrochen und Frauen, die als geheilt entlassen wurden, sind nur kurze Zeit später wieder rückfällig geworden.

Zur Gewinnung der Daten habe ich einige Monate an psychotherapeutischen Gruppensitzungen teilgenommen und mit Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenpflegern über das Verhalten der Alkoholikerinnen diskutiert. Meine Ausführungen werden durch psychologische Gutachten und durch Fachliteratur ergänzt. Leider handelt es sich meist um veraltete Literatur zu diesem Thema, oder aber es wird nur der Alkoholismus des Mannes beschrieben und ist so nur mit Einschränkung zu verwerten.

1. Fehlerquelle: Angabe der Patientinnen

Die 70 Frauen befanden sich im Landeskrankenhaus Viersen 12. In diesem LKH wird neben einer zweiwöchigen Entgiftung auch, falls der dringende Wunsch besteht, eine dreimonatige Entwöhnungskur durchgeführt. Alle Patientinnen haben mindestens ein Mal in Süchteln eine solche Therapie mitgemacht.

Auffallend ist, daß die Alkoholikerinnen häufig ungenaue Angaben machen, ihren Alkoholkonsum bagatellisieren, verleugnen, auch nachgewiesenen Tablettenkonsum, und es auch sonst mit der Wahrheit nicht so genau nehmen. Dies ist zwar nicht für alle zutreffend, aber selbst wenige falsche Angaben können die Ergebnisse der Studie (n = 70) schon beeinflussen.

2. Fehlerquelle: Landeskrankenhaus

Das Patientengut eines LKH stellt keinen repräsentativen Querschnitt aller Alkoholikerinnen dar, weil es in oberen und unteren Schichten große Schwankungen gibt. Alkoholiker aus sozial gehobenen Kreisen werden sich zu einer Therapie in eine Privatklinik und nicht in ein LKH

begeben. Andererseits gibt es Alkoholikerinnen aus sozial schwachen Kreisen, die von vornherein nicht die Möglichkeit haben, eine Therapie durchzuführen.

Im übrigen hat das LKH einen begrenzten Einzugsbereich, wodurch die Zusammensetzung des Kollektivs auch deshalb nicht repräsentativ für die Verteilung in der Bevölkerung ist.

3.2 Begriffsbestimmung des Alkoholismus

Die WHO versteht unter Alkoholikern exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutlich erkennbare geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen und deshalb Behandlung erforderlich ist.

JELLINEK (1960) stellt den Begriff des Kontrollverlustes als Charakteristikum für den Alkoholismus in den Vordergrund.

Nicht jeder, der Alkoholmißbrauch betreibt, muß Alkoholiker sein. FEUERLEIN (1975) beschreibt den Alkoholmißbrauch als einen gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhten Konsum von Alkohol. Laut LAEDWIG (1979) liegt ein Alkoholmißbrauch dann vor, wenn Alkohol zu unpassenden Gelegenheiten getrunken wird. Unpassende Gelegenheiten sind zum Beispiel: Alkohol am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr. Dabei ist zu bemerken, daß die Definition von LAEDWIG besser ist, da FEUERLEIN eine Definition liefert, die auch für den Alkoholismus zutrifft. Andererseits schließt der Alkoholismus in der Regel den Alkoholmißbrauch ein.

Grundsätzlich ist es nicht schwierig, das voll ausgeprägte Krankheitsbild des Alkoholismus zu beschreiben. Die Schwierigkeit liegt darin, zu definieren, wann ein Alkoholismus beginnt. Die Prodrome des Alkoholismus sind in der Definition der WHO sehr allgemein gehalten und treffen für einen Krebskranken ebenfalls zu, der im Wissen um seine Krankheit Konflikte in der körperlichen und geistigen Gesundheit wie in mitmenschlichen Beziehungen zeigt.

Nach JELLINEK (1960) ist derjenige ein Alkoholiker, der nach dem ersten Glas bis zum Vollrausch weitertrinken muß. Meines Erachtens ist

aber nicht erst beim Vollrausch eine Person ein Alkoholiker. Zu unserem Patientengut gehören Frauen, die um Männer anzusprechen, den Haushalt führen zu können oder um selbstsicherer zu werden, Alkohol trinken mußten. Es muß nicht ein "unwiderstehliches Verlangen nach einer weiteren periodischen oder dauernden Einnahme der Droge bestehen, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden", vorliegen, wie es FEUERLEIN (1975) fordert, sondern schon die Tatsache, Alkohol zu trinken, um ein bestimmtes Ziel besser zu erreichen, genügt für die Diagnose "Alkoholismus".

Viele Autoren sehen in Entzugserscheinungen den Beweis für eine physische Abhängigkeit beim Alkoholismus. Typische Zeichen sind Tremor, Kopfschmerzen und Schweißausbrüche, in extremen Fällen sogar das lebensbedrohliche Bild des Delirium tremens, das mit Halluzinationen einhergehen kann. Wenn ein Patient diese Entzugserscheinungen aufweist, handelt es sich sicher um einen Alkoholiker. Lange vor der physischen Abhängigkeit ist aber die psychische Abhängigkeit entstanden, eine Abhängigkeit, bei der immer neue Entschuldigungen oder Begründungen für den Alkoholkonsum gesucht und gefunden werden. Die Therapie des Alkoholismus muß deshalb schon in diesem Stadium erfolgen. Es ist schon bedenklich, daß es für viele Menschen unerläßlich ist, vor dem Fernseher Alkohol zu trinken.

Zusammenfassung

Bei den bekannten Definitionen ist es üblich, den Alkoholismus im Finalstadium zu beschreiben, ähnlich einem Diabetes, der erst dann vorliegen würde, wenn Retinopathien und Gangräne auftreten. Im übrigen ist es für den Arzt sehr schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, einen Alkoholismus im Anfangsstadium zu erkennen.

Wenn das Krankheitsbild "Alkoholismus" in der Öffentlichkeit besser bekannt wäre, könnte rechtzeitig eingegriffen und somit die Heilungschance vergrößert werden. Bis jetzt sind nur solche Alkoholiker von gesellschaftlichem Interesse, die innerhalb ihres Lebensraumes auffällig geworden sind. Es ist zu hoffen, daß auch solche Menschen rechtzeitig therapiert werden, die sich noch im Anfangsstadium des Alkoholismus befinden.

3.3 Kasuistik

Zu Beginn der Erörterungen eigener Ergebnisse und Beobachtungen und um einen Überblick über die Verschiedenheit der AlkoholikerinnenTypen und deren Geschichte aufzuzeigen, drei eindrucksvolle Fälle.

Fall 1

Frau A. ist 47 Jahre alt und kommt zum zweiten Mal zur Aufnahme nach Süchteln. Vor drei Jahren wurde sie zwangseingewiesen, ist zur Zeit auf freiwilliger Basis in Behandlung.

Bis zur ersten Aufnahme lebte sie mit Ehemann und Sohn zusammen. Der Ehemann, ebenfalls Alkoholiker, hat wenige Tage vor ihrer Zwangseinweisung vor ca. 3 Jahren im betrunkenen Zustand den gemeinsamen Sohn erstochen. Frau A., damals auch betrunken, konnte aufgrund ihres Zustandes nicht helfen. Beide Eheleute wurden nach der Tat zwangseingewiesen.

Frau A. ist Hausfrau und seit ca. 30 Jahren Alkoholikerin und tablettensüchtig. Der Tablettenabusus von 6 Valium 10/die wird von ihr abgestritten. Die Einweisungsdiagnose bei Frau A. lautet: Praedelir, chronischer Alkoholismus, Verdacht auf Korsakow-Syndrom und alkoholisches Defektsyndrom. Zur 2. Einweisung kommt Frau A. freiwillig. Nachdem sie 2 Jahre nüchtern geblieben ist, trinkt sie seit einem halben Jahr wieder, und zwar bis zu 2 Flaschen Korn/die.

Im Alter von 17 Jahren hat ihr Alkoholismus zunächst mit reinem Geselligkeits- und Gewohnheitstrinken begonnen. Zur gleichen Zeit machte sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen. Sie beschreibt sich selbst als unsicher und gibt zu, Kontaktschwierigkeiten zu haben, sie fühlt sich minderwertig. Vor ihrer zweiten Einweisung begann sie schon morgens zu trinken, meist schon im Schlafzimmer. Bevor sie trank, war sie depressiv und unruhig. Nachdem sie getrunken hatte, wurde sie ruhiger.

Als Bezugsperson gibt Frau A. ihren Mann an, mit dem in fast allen Bereichen Übereinstimmung besteht. Sie möchte sich jetzt auf alle Fälle vom Alkoholismus befreien, zumal sie schon mehr als 10 Suicidversuche hinter sich hat. Der Ehemann lebt im übrigen schon seit 2 1/2 Jahren abstinent.

Fall 2

Frau B. kommt zum ersten Mal freiwillig nach Süchteln. Sie ist 40 Jahre alt, verheiratet und lebt mit Ehemann und Kind zusammen. Sie hat schon mehrere Entgiftungen in anderen Krankenhäusern hinter sich, ist aber immer wieder rückfällig geworden.

Sie gibt an, seit der Eheschließung zu trinken. Sie trinkt zu Hause oder auch in der Wirtschaft. Oft wird sie bewußtlos auf der Straße gefunden. Sie hat schon mehrere Suicidversuche hinter sich. Ihr Ehemann ist nach ihren Angaben ebenfalls Alkoholiker und vorbestraft wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern.

Ihr Jugend beschreibt sie als unglücklich. Der Vater war Alkoholiker. Nach der Scheidung der Eltern, als sie 3 Jahre alt war, kam sie mit ihren 3 älteren Schwestern zunächst in ein Heim, lebte später im Haushalt der Großmutter zusammen mit ihrem Vater. Nach der Schule verließ sie fluchtartig den großmütterlichen Haushalt, weil der Vater sich mehrfach an ihr vergangen hatte.

Ihr Ehemann wußte von dem Vorgehen des Vaters und zwang sie zur Heirat, während der Ehe auch häufig zum Geschlechtsverkehr. Immer häufiger betrank sie sich, um - wie sie selbst sagte - "alles zu vergessen".

Sie trinkt in der Wohnung ab mittags, nach einem Streit besonders viel. Nach dem Genuß von 10 Flaschen Bier wird sie selbst aggressiv. In solchen Situationen wendet sich der Sohn von ihr ab.

Fall 3

Frau C. ist 30 Jahre alt und kommt zum dritten Mal auf freiwilliger Basis nach Süchteln. Ihre Problematik besteht darin, daß sie sich nicht durchzusetzen vermag, abhängig vom Ehemann und deshalb Alkoholikerin ist. Sie trinkt seit etwa 3 bis 4 Jahren tagsüber, wenn sie alleine in der Wohnung ist und sich überflüssig vorkommt.

Nach dem Alkoholkonsum neigt sie zum Streit mit den Kindern, den Eltern und dem Ehemann, fühlt sich dann aber mutiger. Erst in ihrer zweiten Ehe hat sie angefangen zu trinken, als sie als Sekretärin ihren Chef geheiratet hat. Die Beziehung zu ihrem Mann empfindet sie als Vater-Tochter-Verhältnis; sexuell versteht sie sich nicht mit ihm. Sie fühlt sich von ihrem Mann bevormundet, zumal er auch alle wichtigen Ent-

scheidungen ohne sie fällt. Frau C. beschreibt ihre Kindheit als unglücklich - ihr Vater war ebenfalls Alkoholiker -, und die Mutter hat sich nie um die Kinder gekümmert. Frau C. ist einmal vergewaltigt worden.

Anhand der 3 Beispiele wird deutlich, daß in Bezug auf Lebensgeschichte und Persönlichkeit der einzelnen Frauen erhebliche Unterschiede bestehen. Diese 3 Beispiele dienen zunächst dazu, einen gewissen Einblick in Krankengeschichten von Alkoholikerinnen zu gewinnen.

3.4 Die Stellung der Alkoholikerin in unserem Kulturkreis

Nach einem Modell von PITTMANN (1964) unterscheiden wir vier verschiedene Kulturkreise mit unterschiedlicher Einstellung gegenüber dem Alkoholismus:

a) Abstinenzkulturen
b) Ambivalenzkulturen
c) Permissivkulturen
d) Permissiv-funktionsgestörte Kulturen.

Zu den Abstinenzkulturen zählt man solche Kulturen, die ein Verbot jeglichen Alkoholkonsums, wie z.B. der Islam, haben. Ambivalenzkulturen dulden zwar den Alkoholgenuß, legen ihm aber viele Beschränkungen auf. Der Alkoholgenuß in der Öffentlichkeit tritt zurück gegenüber dem Verbrauch im kleinen Kreis (z.B. skandinavische Länder). Permissivkulturen sind an einen regelmäßigen Alkoholkonsum gewöhnt und tabuisieren nur Alkoholexzesse (z.B. die mediteranen Länder). Die Permissiv-funktionsgestörte Kultur kommt in reiner Form eigentlich nicht vor. Man findet diesen Kulturkreis, wo auch Alkoholexzesse geduldet werden, in gemäßigter Form in einigen südamerikanischen Ländern sowie in der Bundesrepublik Deutschland (Rosenmontag, Vatertag - "Wer zuerst umfällt, hat verloren").

Nach PITTMANN (1964) gehört die Bundesrepublik Deutschland zu den Permissiv-funktionsgestörten Kulturen. Meines Erachtens ist dies nicht ganz zutreffend. Die akzeptierende Haltung gegenüber Alkohol trifft zwar für Männer zu, ist aber ganz und gar nicht selbstverständlich für Frauen. Man sieht es zwar gerne, wenn eine Frau einen Schwips hat, weil die Frauen dann lustiger und aufgeschlossener sind und dann auch

erotischer wirken können, verabscheut aber eine betrunkene Frau, die auf die Männer nicht mehr anziehend wirkt, sondern oft nur Abscheu erzeugt.

Vergleicht man die Ambivalenzkulturen und ihre Trinkgewohnheiten mit den Trinkgewohnheiten der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, fällt auf, daß bei beiden Gruppen der Genuß von hochwertigen Alkoholika vorherrscht, während die Männer in diesem Land als Vertreter der permissiv-funktionsgestörten Kultur vorwiegend Bier trinken.

"Trinkende Frauen werden moralisch besonders stark verurteilt und erleben dieses Schicksal intensiver und erliegen ihm schneller. Damit und mit ihrer geringen körperlichen Robustheit hängt wohl auch zusammen, daß der Verfall bei den Alkoholikerinnen schneller erfolgt als bei den Männern" (GEISLER, 1981).

Diese Aussage von GEISLER macht noch einmal deutlich, daß das Trinkverhalten der Frauen aus der Sicht einer Permissivkultur betrachtet wird. Die Schlußfolgerung, daß bei einem bekannten Alkoholismus einer Frau deren "Verfall" schneller erfolgt als bei Männern, wurde auch schon von MANTEK (1979) behauptet. Der Alkoholismus der Frauen wirkt sich in der Regel direkt auf Familie, Beruf und Gesellschaft aus. Oftmals ist auch die dreifache Belastung für die Frau als Hausfrau, Mutter und Berufstätige der Auslöser dafür, daß Alkohol getrunken wird, der dann einen negativen feedback-Mechanismus auf die Aufgaben der Frau hat. Wenn von den festgefahrenen Normen abgesehen wird, ist der Alkoholismus der Frauen auch ein gesundheitliches und damit auch kostenträchtiges Problem, schon weil die Zuwachsrate an Alkoholikerinnen ständig steigt.

Resümierend ist zu sagen, daß der Alkoholkonsum der Frauen mit einem anderen Maß beurteilt - verurteilt - wird als derjenige der Männer. Wird die von der Norm zugelassene Menge Alkohol überschritten, wird eine Frau schnell moralisch verurteilt und z.B. als "alte Schnapsdrossel" bezeichnet.

3.5 Soziodemographische Daten

Alter

LAUSBERG (1975) ermittelt unter den zum ersten Mal stationär aufgenommenen Patientinnen ein Durchschnittsalter von 43,4 Jahren. Die Patientinnen aus meinen Untersuchungen wiesen ein Durchschnittsalter von 36,8 Jahren auf. Die Daten von LAUSBERG stammen aus den Jahren 1950 bis 1970, während die eigenen Krankengeschichten aus den Jahren 1979 bis 1982 entnommen sind. Da die Angaben von LAUSBERG über die Dauer des Alkoholkonsums nicht deutlich von den meinen abweichen, ist die Erklärung für den Altersunterschied von 7 Jahren darin zu sehen, daß die Patientinnen heutzutage früher anfangen zu trinken als noch vor Jahren.

Tab. 1: Altersverteilung bei der ersten stationären Aufnahme

Alter	Anteil in %	Anzahl
bis 20 Jahre	5,7 %	4
ab 20 Jahre	7,1 %	5
ab 25 Jahre	11,4 %	8
ab 30 Jahre	8,6 %	6
ab 35 Jahre	12,6 %	9
ab 40 Jahre	24,3 %	17
ab 45 Jahre	12,6 %	9
ab 50 Jahre	11,4 %	8
ab 55 Jahre	2,9 %	2
ab 60 Jahre	2,9 %	2

Bei der Altersverteilung wird deutlich, daß die meisten Frauen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren zur ersten stationären Aufnahme kommen (49,9 %). VETTERLEIN (1983) beschreibt, daß Frauen um die 40, die keinen Beruf ausüben, sondern Hausfrau und Mutter sind, leicht dem Alkohol verfallen. Zuerst wird morgens ein Glas Sekt wegen des Kreislaufs getrunken oder nach dem Essen ein Cognac für die Verdauung. Viele belohnen sich nach einer ungern getanen Arbeit, später nach jedem Handgriff, meist unbeobachtet von der Familie, mit einem Glas Alkohol. Die Kinder bedürfen nicht mehr der Fürsorge, und das Eheleben verläuft in festgefahrenen Bahnen. Die Frau fühlt sich alleine und nutzlos. Die Zeit, die sie sich früher gewünscht hat, kann sie nicht mehr lebendig

nutzen, weil sie Angst hat, sich nach außen zu orientieren. Der soziale Druck, ausgeübt durch den Mann oder durch die inzwischen erwachsenen Kinder, welche die inzwischen abhängige Alkoholikerin nicht mehr ertragen wollen, wird immer stärker, so daß sich die Frauen nun in eine Therapie begeben.

EISELE stellte 1978 bei der Altersverteilung von Alkoholikerinnen eine zweiphasige Gipfelbildung, die Altersjahrgänge 31 bis 36 Jahre sowie 41 bis 49 Jahre, fest. Der wichtige Unterschied zu unserer Untersuchungsgruppe besteht darin, daß eine Linksverschiebung erfolgt ist, d.h. die beiden Gipfel werden schon mehrere Jahre früher erreicht. Dies bedeutet, daß die Frauen früher zum Alkohol greifen als vor einigen Jahren.

Trinkbeginn

Die Altersverteilung zu Beginn des Alkoholismus zeigt eine Kurve mit zwei Spitzen (s. Abb. 1, S. 81). Das erste Maximum liegt bei Frauen bis zum Alter von 25 Jahren, das zweite im Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Diese beiden Gipfel zeigen zwei verschiedene Gruppen von Frauen, die aus verschiedenen Gründen zum Alkohol gegriffen haben. Die Gruppe der bis zu 25-Jährigen erfaßt 38,2 % aller Patientinnen, und in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen sind 32,4 % aller Patientinnen vertreten. Ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen liegt darin, daß die jüngeren Patientinnen häufiger in einer Gaststätte Alkohol trinken als die älteren Patientinnen.

Tab. 2: Wo trinken Frauen?

Ort	Alter $\leq$ 25 Jahre in %	Alter 30-39 Jahre in %	Alkoholik. gesamt in %
Haus	65,4 %	86,4 %	80,0 %
Gaststätte	26,9 %	4,5 %	12,8 %
Arbeitsstelle	-	9,1 %	4,2 %
Straße/Plätze	7,6 %	-	3,0 %
	n = 26	n = 22	n = 70

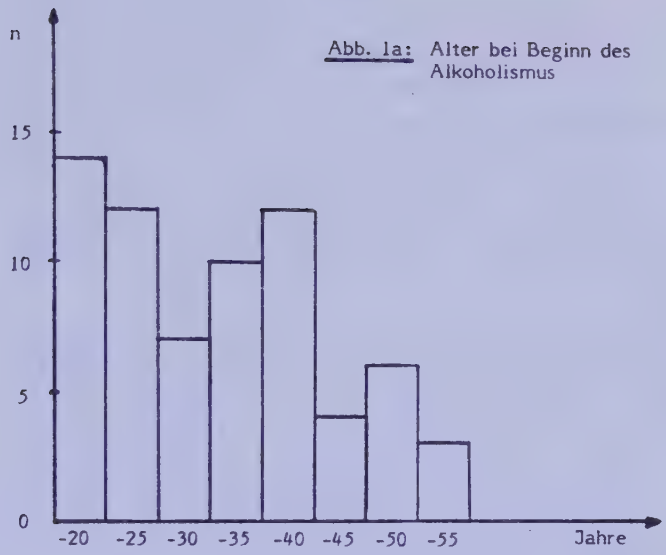


Abb. 1a: Alter bei Beginn des Alkoholismus

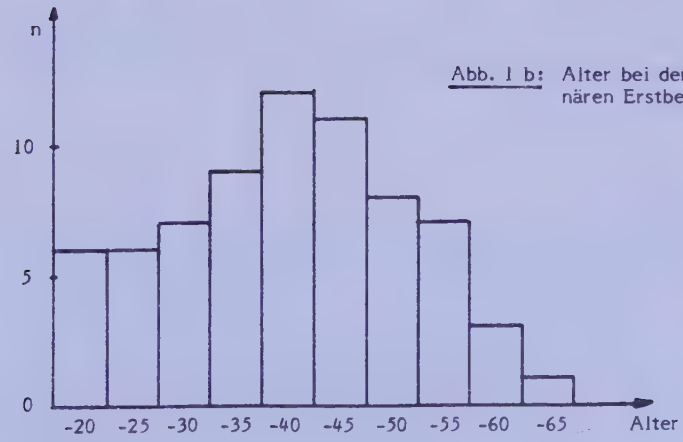


Abb. 1 b: Alter bei der stationären Erstbehandlung

Die jüngeren Frauen gehen in Gruppen mit Freunden in die Gastwirtschaft. Sie trinken im Gegensatz zu den Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren nicht alleine, sondern in der Gaststätte schon deshalb, weil es ihnen dann leichter fällt, sich nach außen zu orientieren. Sie werden gesprächiger, lustiger und es fällt ihnen leichter, fremde Menschen - insbesondere Männer - anzusprechen, um mit ihnen zu flirten oder einfach nur, um einen netten Abend zu verleben. Im Verlauf der Jahre müssen diese jungen Frauen immer größere Mengen Alkohol trinken, um "unbeschwert" sein zu können und werden so alkoholabhängig.

Die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen hat in der Regel anders angefangen zu trinken. Entweder spielt das langweilige Hausfrauen-Dasein eine Rolle, oder die Patientinnen trinken, weil sie Angst vor dem Ehemann haben. Bei 31,6 % der alleine zu Hause trinkenden Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren war der Ehemann ebenfalls Alkoholiker. Einige dieser Frauen gaben an, daß sie aus Angst vor dem Mann angefangen haben zu trinken, um sich zu beruhigen. Andere Frauen aus dem älteren Kollektiv haben sich für die Hausarbeit zuerst mit einem kleinen Glas Cognac belohnt, um später die Hausarbeit dann nicht mehr ohne Alkohol leisten zu können.

DAHLGREN (1979) hat durch eine Untersuchung in der Zeit von 1962 bis 1969 festgestellt, daß Frauen weitaus rascher der Trunksucht verfallen als Männer. Bei 28 % ihrer Patientinnen dauerte es nur 1 bis 2 Jahre, bei den Männern hingegen 8 bis 10 Jahre bis zur Manifestation der Trunksucht. MANTEK (1979) bestätigt diese Feststellung, daß die Entwicklung zum Alkoholismus bei Frauen rascher verläuft als bei den Männern.

Familienstand

Bei der LVA Düsseldorf wurden im Jahre 1981 insgesamt 8 156 Fälle einer Alkoholheilbehandlung in den für den dortigen Bereich zuständigen Krankenhäusern abgeschlossen. Der Anteil der Frauen betrug 15,2 %. Dieser Anteil ist kleiner als der von der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) angenommene Anteil der Frauen (25 %). Der Grund hierfür ist, daß es viele Alkoholikerinnen gibt, die sich nur zu einer zweiwöchigen Entgiftung bewegen lassen, aber nicht unbedingt eine Langzeittherapie durchführen möchten. Hinzu kommt die große Dunkel-

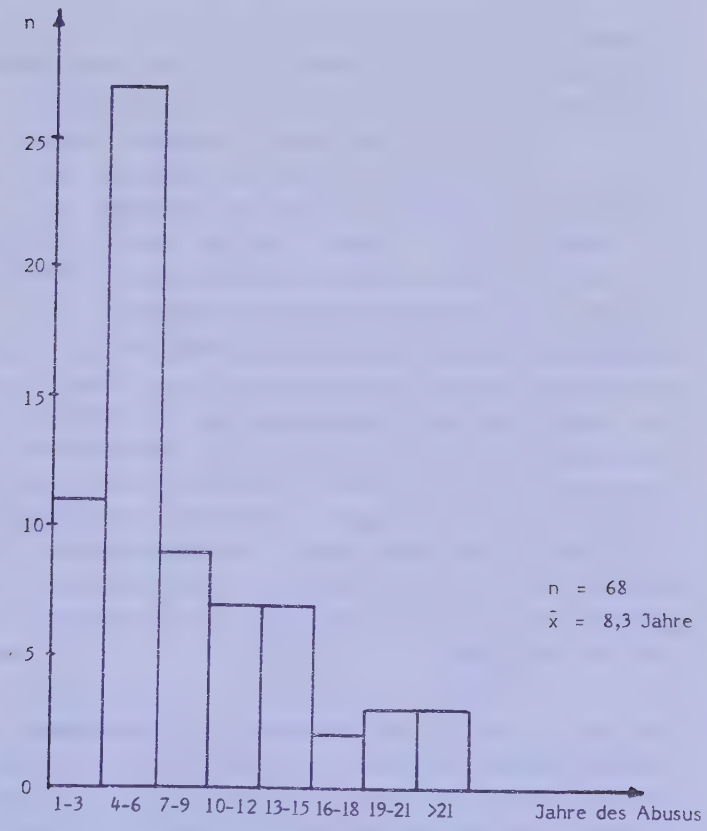


Abb. 2: Jahre des Alkoholabusus

ziffer, die sich besonders darin bemerkbar macht, daß Frauen bei der DHS mit einbezogen werden, die bei der LVA nicht auffallen können, weil sie sich nicht zur Alkoholkrankheit bekannt haben.

Von den sozialen Folgen des Alkoholismus ist in erster Linie die Familie betroffen (FEUERLEIN, 1975). Der Familienstand der Alkoholikerinnen ergibt sich aus Tabelle 3 (S. 85). Es wird deutlich, daß bei allen Gruppen der Anteil der verheirateten Personen der größte ist.

Die Männer sind bei den Untersuchungen von MANTEK (1979), ob Alkoholiker oder nicht, mit einem größeren Anteil als die Frauen verheiratet. Allgemein ist zu sagen, daß es mehr Witwen als Witwer gibt.

Sonst zeigt MANTEK (1979) keine größeren Differenzen zwischen Alkoholikern und Alkoholikerinnen bezüglich des Ehestandes auf. Unterschiede werden aber deutlich, wenn MANTEK Alkoholiker (innen) mit Nichtalkoholikern (innen) vergleicht. Dabei fällt nämlich auf, daß der Anteil der getrenntlebenden bzw. geschiedenen Alkoholiker (innen) deutlich größer ist als derjenige der Nichtalkoholiker (innen).

Vergleicht man nun die Ergebnisse von MANTEK (1979), die immerhin schon 7 Jahre älter sind als meine Untersuchungsergebnisse, wird deutlich, daß der Anteil der getrenntlebenden bzw. geschiedenen Frauen größer geworden ist. Es sind nahezu gleich viele Alkoholikerinnen verheiratet wie schon geschieden bzw. getrenntlebend. Dieses Ergebnis läßt sich nicht dadurch erklären, daß die Scheidungsrate in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren so stark angestiegen ist. Im Verhältnis zu 1975 sind im Jahre 1980 absolut gesehen sogar weniger Ehen geschieden worden. 1975 sind 106 932 Ehen geschieden worden, 1980 dagegen nur noch 96 351.

Auch läßt sich die angestiegene Scheidungsrate der Alkoholikerinnen kaum dadurch erklären, daß das Alter für die Volljährigkeit seit MANTEKs Untersuchungen von 21 Jahre auf 18 Jahre gesenkt wurde. Möglicherweise liegt die Ursache für unsere Ergebnisse in einer negativen Selektion der Stichproben (es waren immerhin 50 % der Frauen mindestens 1 Mal geschieden).

Das Ergebnis zwingt jedenfalls zu der Frage, ob die Scheidungsrate bei den Alkoholikerinnen in den letzten Jahren nicht doch tatsächlich angestiegen ist. Im übrigen muß die Ehescheidung nicht nur Folge des Alkoholismus sein, sondern kann auch als Ursache für den Alkoholismus angesehen werden.

Tab. 3: Familienstand bei Alkoholikern/Nichtalkoholikern nach MANTEK, eigener Untersuchung und LVA

Familienstand	MANTEK (1979)				Alkoholikerinnen eigene Untersuchung	von der LVA 1981 abgeschlossene Fälle	
	Alkoholiker		Nichtalkoholiker				
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	weiblich	(1979)
ledig	21,5 %	24,2 %	20,4 %	14,8 %	12,9 %	15,8 %	19,2 %
verheiratet	41,7 %	48,5 %	63,4 %	80,7 %	44,3 %	59,1 %	49,3 %
getrennt/ geschieden	25,8 %	25,7 %	8,7 %	3,4 %	38,6 %	14,8 %	26,9 %
verwitwet	11,0 %	1,4 %	7,5 %	1,1 %	4,3 %	10,2 %	4,6 %

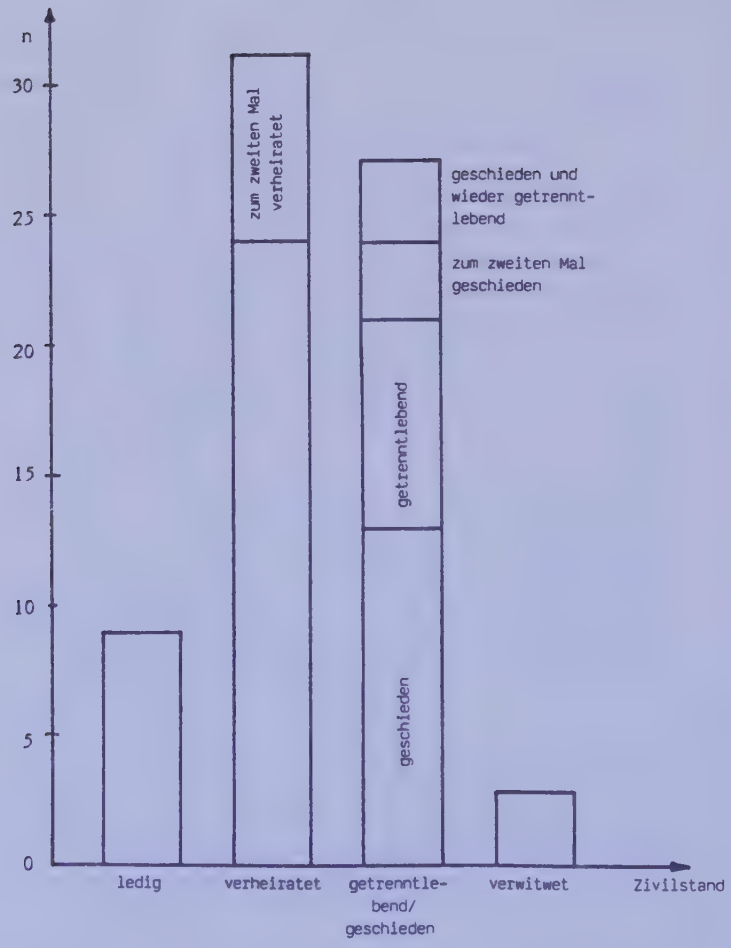


Abb. 3: Zivilstand der 70 Patientinnen aus Süchteln

In Abbildung 3 (S. 86) wird der relativ große Anteil der mindestens ein Mal geschiedenen Frauen deutlich. Der Anteil der verheirateten Frauen ist nicht wesentlich größer als derjenige der geschiedenen oder getrennt lebenden Frauen.

Alkoholanamnese in der Familie

Nach Angaben der DHS für 1981 sollen in der Bundesrepublik Deutschland ungefähr 1,6 Mio. alkoholkranker Menschen leben. Die Einwohnerzahl für 1981 betrug zur gleichen Zeit 61,7 Mio., so daß sich ein Alkoholikeranteil von ca. 2,6 % ergibt.

Bemerkenswert ist, daß die Frauen nicht die einzigen Alkoholiker in der Familie bzw. im nahen Freundeskreis sind, sondern daß in einem weit über dem Durchschnitt liegenden Prozentsatz entweder Vater oder Mutter oder sogar beide Alkoholiker waren. Auffällig war weiterhin, daß bei mehr als einem Drittel der Frauen, die mindestens 1 Mal verheiratet waren, der Ehemann ebenfalls Alkoholiker war. Zählt man noch jene Frauen hinzu, die mit einem alkoholkranken Freund zusammenleben, vergrößert sich der Anteil auf 35,7 %. Bei 8,8 % der Patientinnen mit mindestens einem Geschwisterteil fand sich entweder ein Tabletten- oder Alkoholabusus. 5,5 % der Mütter hatten ein alkohol- oder drogenabhängiges Kind. In wenigen anderen Fällen fanden sich weitere Alkoholiker in der näheren Verwandtschaft (Tante, Onkel etc.) Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß in 61,4 % der Fälle im nahen Umkreis der Frauen mindestens ein weiterer alkoholkranker Mensch festzustellen ist.

Tab. 4: Alkohol- bzw. Tablettenmißbrauch in den Familien der beobachteten Frauen

Verwandtschafts-verhältnis	Alkohol n	Alkohol %	Tabletten n	Tabletten %
Vater	16	23,9	1	1,5
Mutter	4	5,9	-	-
Vater oder Mutter	19	27,9	1	1,5
Ehemann	21	34,4	-	-
Freund	4	5,7	-	-
Kind	2	3,7	1	1,8
Geschwister	4	7,0	1	1,8
Tante/Onkel	2	2,9	-	-

Die Tatsache, daß in 27,9 % der Fälle mindestens ein Elternteil alkoholkrank gewesen ist, wirft die Frage auf, ob der Alkoholismus vererbt wird. FEUERLEIN (1975) hält eine direkte Vererbung des Alkoholismus als einheitliches Merkmal für unwahrscheinlich. Er weist auf eine skandinavische Untersuchung hin, die festgestellt hat, daß der Konsum von Alkohol zwar von sozialen Faktoren abhängt, aber der genetische Faktor maßgebend für die Frage ist, ob große Mengen Alkohol getrunken werden oder nicht. Eine finnische Studie zeigt ähnliche Ergebnisse. Wenn diese Ergebnisse stimmen, wäre zu erwarten, daß sich der Anteil der Alkoholiker unter den Kindern im Laufe der Zeit noch vergrößern wird.

Wie ist es nun zu erklären, daß so viele Partner der Frauen (35,7 %) ebenfalls Alkoholiker sind? (LAUSBERG, 1975: 26 %; FINKE, 1980: 32 %). Zunächst sei festgehalten, daß es drei Möglichkeiten gibt, die beide Partner zu Alkoholikern werden lassen:

1) Die Frau trinkt zuerst und der Mann fängt später an zu trinken.
2) Der Mann trinkt zuerst und die Frau fängt später an zu trinken.
3) Beide sind zum Zeitpunkt des Kennenlernens schon Alkoholiker.

ad 1) Dieser Fall, daß die Frau zuerst trinkt und den Mann dann animiert mitzutrinken, ist relativ selten. Eine betrunkene Ehefrau wird oft vom Ehemann als abstoßend empfunden und wirkt so als abschreckendes Beispiel.

ad 2) Daß der Mann zuerst trinkt, ist häufiger und nicht selten trinkt die Frau aus lauter Angst vor dem Mann, wenn dieser wieder betrunken nach Hause kommt und dann gewalttätig wird. Eine weitere Möglichkeit liegt darin, daß die Frau aus Geselligkeit mit dem alkoholkranken Mann so oft und so lange trinkt, bis sie selbst ebenfalls nicht mehr vom Alkohol loskommen kann.

ad 3) Es ist nicht selten, daß sich 2 Alkoholiker kennenlernen (z.B. gemeinsamer Gaststättenbesuch, gemeinsame Therapie) und dann später heiraten. Zwei Frauen aus dem LKH haben sogar ihre Therapie abgebrochen, weil sie mit ihrem ebenfalls alkoholkranken Freund zusammenleben wollten.

Abschließend ist festzustellen, daß in der näheren Verwandtschaft und im Freundeskreis der Alkoholikerinnen gehäuft Alkoholiker anzutreffen sind. Das mag sowohl mit der genetischen Veranlagung als auch mit dem prägenden sozialen Umfeld zusammenhängen.

Kinder

Es fällt schwer, Aussagen darüber zu treffen, wie sich Alkoholikerinnen im allgemeinen ihren Kindern gegenüber verhalten. Eindrucksvoll ist jedenfalls der Fall, in dem eine Alkoholikerin mit ihrem ebenfalls alkoholkranken Mann den gemeinsamen Sohn haben sterben lassen. Der Mann hatte den Sohn im Rausch erstochen, und die Frau war zu betrunken, um die Situation richtig erfassen und den Notarzt rufen zu können. Dazu gehört auch, daß zwei Frauen alkoholkranke Söhne haben und eine weitere einen drogensüchtigen Sohn. Dabei handelt es sich aber um Einzelfälle, die nicht verallgemeinert werden können.

Fest steht aber, daß die Kinder ihre Mütter verschieden erleben, und zwar im betrunkenen und im nüchternen Zustand mit ganz verschiedenen Verhaltensweisen, die sich auch in der Erziehung bemerkbar machen. So ist es nicht verwunderlich, daß neben dem Ehemann auch häufig die Kinder die Mutter dazu bewegen, eine freiwillige Therapie durchzuführen, so daß sich das Mutter-Kind-Verhältnis umkehrt und die Mutter zum Kind wird.

Bei den Alkoholikerinnen, die mindestens ein Mal verheiratet waren, liegt der Mittelwert $\bar{m}$ der Kinderzahl bei 1,8. Diese Zahl weicht nicht wesentlich vom bundesdeutschen Durchschnitt, der 1,7 beträgt, ab. 11,4 % der Frauen, die mindestens ein Mal verheiratet waren, sind kinderlos (vgl. Abb. 4, S. 90).

Auffallend ist, daß die Eltern der Alkoholikerinnen im Durchschnitt nahezu doppelt so viele Kinder haben wie sie selbst. Die Alkoholikerinnen stammen aus Familien mit durchschnittlich 3,2 Kindern. Dabei muß aber berücksichtigt werden, daß die Kinderzahl in den Ehen früherer Zeiten größer war als in der heutigen. Die durchschnittliche Kinderzahl aus Ehen früherer Jahrgänge ergibt (vgl. Abb. 5, S. 90):

Ehejahrgang 1922-1925	2,3
1926-1930	2,3
1931-1935	2,2
1936-1940	2,1.

Die Eltern der Alkoholikerinnen hatten demnach deutlich mehr Kinder als der jeweilige Durchschnitt.

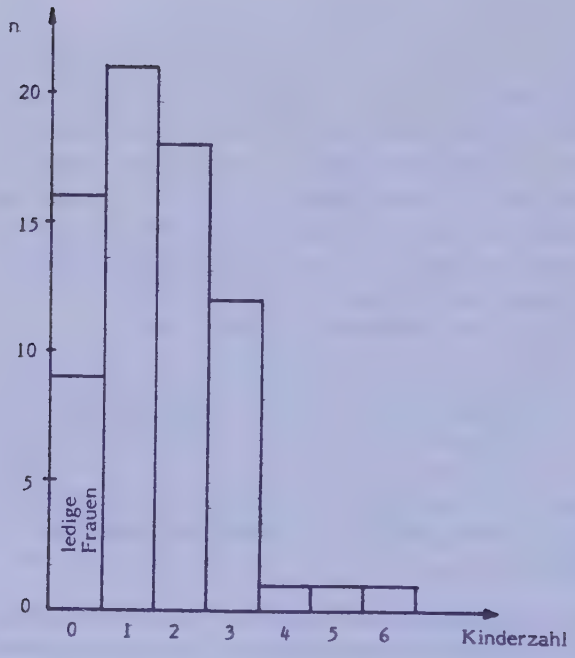


Abb. 4: Anzahl der Kinder von 70 Süchtelner Patientinnen

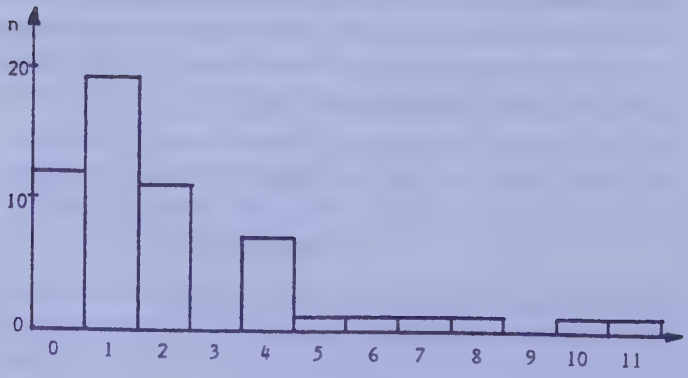


Abb. 5: Anzahl der Geschwister von 61 Süchtelner Patientinnen

Zusammenfassung

Alkoholikerinnen unterscheiden sich hinsichtlich der Kinderzahl nicht von der Allgemeinbevölkerung, stammen jedoch aus kinderreicheren Familien als es zu der jeweiligen Zeit üblich war.

Alkoholikerinnen können keine einheitliche Linie in der Erziehung ihrer Kinder aufweisen, da sie nüchtern ein anderes Wesen an den Tag legen als betrunken.

Stationäre Aufnahmen

Im Rheinischen Landeskrankenhaus Viersen-Süchteln wurde neben einer zweiwöchigen Entgiftung auch eine dreimonatige Entziehungstherapie auf freiwilliger Basis durchgeführt. Alle Patientinnen haben mindestens bereits eine Therapie durchgeführt.

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, zu einer zweiwöchigen stationären Aufnahme oder auch zu einer Entgiftung des Körpers zu kommen. Die erste Möglichkeit ist, sich freiwillig zur Entgiftung zu melden. Es ist aber besonders wichtig zu wissen, was "freiwillig" in diesem Zusammenhang bedeutet. Die meisten Patientinnen werden einem sozialen Druck ausgesetzt; sie werden von ihren nächsten Verwandten in die Therapie gebracht. Es ist sehr oft der Ehemann, der sich bemüht, seine Frau dazu zu bewegen, "freiwillig" in ein LKH zu gehen, um sich dort entgiften zu lassen. Repressalien, die angewendet werden, sind meist Drohungen mit der Scheidung. Oft werden die Männer von den Kindern unterstützt. Die freiwillige Einweisung kommt demnach fast ausschließlich unter dem sozialen Druck zustande.

Ein anderer Beweggrund, der zu einer freiwilligen Einweisung führen kann, ist der Druck durch die Arbeitsstelle. Da der Alkoholismus inzwischen als Krankheit anerkannt wird, darf er für den Arbeitgeber kein Anlaß zur Kündigung sein. Er liegt aber vor, wenn der Arbeitnehmer sich weigert, sich einer Kur zu unterziehen.

Die zweite Möglichkeit, stationär aufgenommen zu werden, ist die Zwangseinweisung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken, dem PsychKG. Dieses Gesetz regelt:

1) Hilfen für psychisch Kranke, die Personen gewährt werden, bei denen Anzeichen einer Suchterkrankung vorliegen.

2) Maßnahmen durch das Gesundheitsamt für Personen, bei denen Anhaltspunkte für eine Sucht- oder Allgemeingefährdung aufgrund einer Suchterkrankung bestehen.

3) Die Unterbringung von Personen, die an einer Suchterkrankung leiden und dadurch sich selbst oder die Allgemeinheit erheblich gefährden (§ 1 PsychKG).

Die besondere Aufgabe des PsychKG beschreibt § 7, der besagt, daß die vorsorgende Hilfe insbesondere dazu beitragen soll, eine Störung oder beginnende Erkrankung der Betroffenen rechtzeitig ärztlich zu behandeln. Viele Patientinnen sind nach § 1 Abs. 3 PsychKG im LKH untergebracht worden. § 10 PsychKG regelt die Unterbringung. Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein abgeschlossenes psychiatrisches Krankenhaus, einen abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses oder einer Entziehungsanstalt für Suchtkranke eingewiesen wird und dort verbleibt. Die Voraussetzung für die Unterbringung von Suchtkranken ist nur zulässig, wenn und solange durch ihr krankhaftes Verhalten gegen sich oder andere eine gegenwärtige Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die Unterbringung ist auch dann zulässig, wenn nach dem krankhaften Verhalten eine nicht anders abwendbare gegenwärtige Gefahr besteht, daß die betroffene Person Selbstmord begeht oder sich selbst erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt. Eine gegenwärtige Gefahr besteht dann, wenn sich die Krankheit so auswirkt, daß ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt wegen der Unberechenbarkeit des Kranken zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. Die Unterbringung wird auf Antrag der öffentlichen Ordnungsbehörde vom Amtsgericht angeordnet (§ 12 PsychKG).

In Fällen, die eine sofortige Unterbringung notwendig machen, kann die örtliche Ordnungsbehörde dieses ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist (§ 17 PsychKG).

Sind also dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß die Voraussetzung für die Unterbringung vorliegt, kann das Gericht eine einstweilige Unterbringung bis zu einer Dauer von längstens 2 Monaten anordnen (§ 18 PsychKG). § 20 PsychKG bestimmt, daß unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles ein Zeitpunkt zu bestimmen ist,

bis zu dem über die Unterbringung von amtswegen zu entscheiden ist. Die Höchstdauer der Frist beträgt bei Suchtkranken ein Jahr, bei voraussichtlich längerdauernden Psychosen oder bei Schwachsinn zwei Jahre. Durch das PsychKG werden im Rahmen des Art. 19 Abs. 2 des Grundgesetzes die Rechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Unverletzlichkeit des Briefgeheimnisses (Art. 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Art. 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt (§ 42 PsychKG).

Die Gefahr, die der Alkoholiker für sich darstellt, kann aus vielerlei Gründen gegeben sein. So sind mehrere Patientinnen eingewiesen worden, weil sie eindeutige Alkoholhalluzinationen gezeigt haben. Die Patientinnen sind in solchem Zustand akut suicidgefährdet. Andere Patientinnen wurden nach PsychKG eingewiesen, nachdem sie versucht hatten, sich das Leben zu nehmen. Die Begründung für diese Einweisung lautet dann, daß das Wiederholungsrisiko zu groß sei. Patientinnen, die alleine lebten, wurden, nachdem sie polizeilich aufgefallen waren, meist durch Ruhestörung oder Ärger mit den Nachbarn, mit richterlichem Beschluß eingewiesen, weil festgestellt wurde, daß sie im Zustand der Verwahrlosung lebten. Verwahrlosung ist im Grunde genommen schon ausreichend, um eine Gefahr für die Person begründen zu können. Erschwerend ist noch, wenn ein kleines Kind mit im Haushalt lebt; dann würde aber schon die Gefahr für andere bestehen.

Beide Wege zu einer stationären Behandlung sind im Grunde genommen unter Zwang erfolgt, und zwar einmal durch das soziale Umfeld, andererseits durch den Zwang der Justiz.

Von 16 Patientinnen bei der ersten Aufnahme sind 12 (75 %) freiwillig und 4 (24 %) nach dem PsychKG eingewiesen worden. Diese Verteilung verschiebt sich bei den Patientinnen, die zum zweiten Mal eine Entgiftung durchführen. Diesmal sind es nur noch 6 (37,5 %), die freiwillig kommen, und 9 (56,3 %) sind schon so weit auffällig geworden, daß sie nach dem PsychKG eingewiesen wurden.

Je mehr Einweisungen die Patientinnen aufweisen, desto häufiger werden sie zwangsweise durchgeführt. Daraus kann man folgern, daß mit jeder weiteren Einweisung, die auch ein längeres Fortbestehen des Alkoholismus bedeutet, ein immer indifferenteres Verhalten gegenüber dem sozialen Druck entsteht; die Justiz muß eingeschaltet werden.

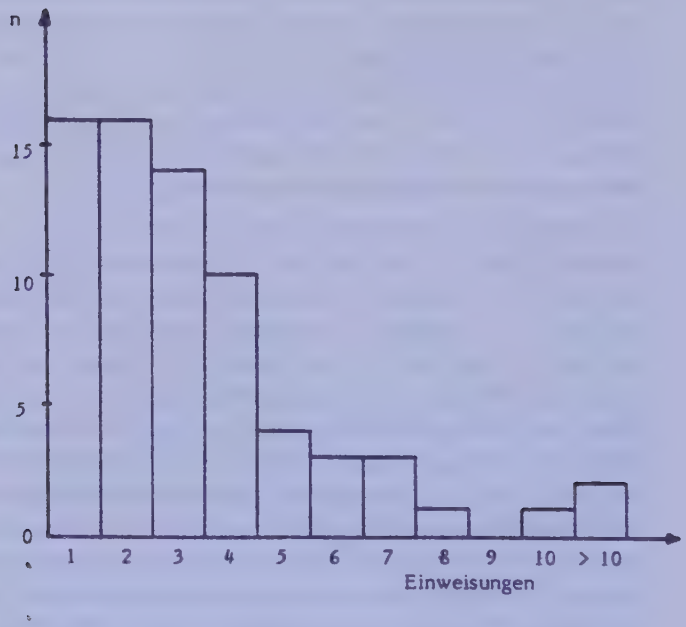


Abb. 6: Aufnahmezahlen der einzelnen Patientinnen

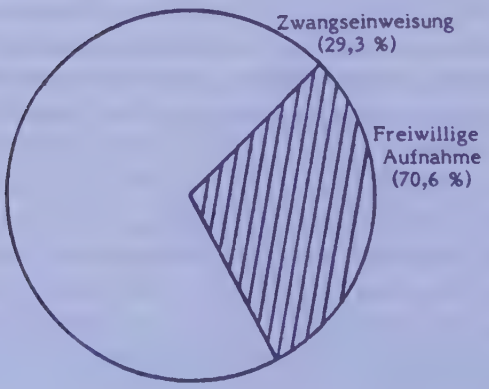


Abb. 7: Einteilung in freiwillige und Zwangseinweisung

Trinkgewohnheiten

a) Wo trinken Alkoholikerinnen?
b) Was trinken Alkoholikerinnen?
c) Wieviel trinken Alkoholikerinnen?
d) Warum trinken Alkoholikerinnen?
e) Diskussion und Zusammenfassung.

a) Wo trinken Alkoholikerinnen?

Bei meinen Untersuchungen fiel auf, daß 80 % der Alkoholikerinnen zu Hause tranken und nur 12,8 % in eine Gaststätte gingen. Auffällig oft konnten sie einen bestimmten Ort in der Wohnung angeben, wo sie tranken; am häufigsten wurde die Küche genannt.

Während Männer häufiger Gaststätten aufsuchen, um dort in Geselligkeit zu trinken, trinken die meisten Frauen alleine im häuslichen Bereich. Dies läßt sich vermutlich auf die Normvorstellung zurückführen, daß es sich für eine Frau nicht geziemt, alleine in eine Gaststätte zu gehen. Ferner wird eine betrunkene Frau in der Öffentlichkeit weit weniger toleriert als ein Mann. Der Frau fällt es leichter, ihren Alkoholkonsum zu verheimlichen, wenn sie fernab der Öffentlichkeit trinkt. Dabei ist schwer auseinanderzuhalten, ob die Frau trinkt, *wenn* sie allein ist oder *weil* sie allein ist. Einige Patientinnen gaben zu, heimlich zu trinken, weil sie ihren Alkoholkonsum auf jeden Fall vor ihrem Mann oder ihren Kindern verheimlichen wollten, da sie sich schämten oder aus Angst vor der Entdeckung und den dann folgenden Sanktionen. Es wäre interessant, bei den verheirateten Alkoholikerinnen zu überprüfen, wie viele weiter trinken würden, wenn der Mann zu Hause bliebe.

Tab. 5: Wo trinken Alkoholikerinnen?

Ort	n	Prozent
zu Hause	56	80,0 %
Gaststätte	9	12,8 %
Arbeitsstelle	3	4,2 %
auf der Straße	2	3,0 %

Nur 3 der 70 Alkoholikerinnen gaben an, auf der Arbeitsstelle zu trinken. Sie haben dort aber nur angefangen und dann zu Hause weitergetrunken. Als Grund gaben sie an, ihre Arbeit dann mit Leichtigkeit er-

ledigen zu können. Ein weiterer Grund für zwei der drei Frauen war, daß die Kollegen auch getrunken haben. Zu Hause hat sich dann die Angst vor dem nächsten Tag eingestellt sowie Spannungen und Unruhe, die sie dann bewogen haben, weiter zu trinken. Der niedrige Anteil der Frauen, die bei der Arbeit trinken (4,2 %) findet eine Erklärung in der Tatsache, daß die meisten der Frauen nicht bzw. nicht mehr berufstätig, sondern Hausfrauen sind. Die beiden Patientinnen, die auf Straßen und in Parks getrunken haben, waren Freundinnen (18 und 22 Jahre), die zusammen im Heim aufgewachsen waren und weder eine Wohnung noch viel Geld zur Verfügung hatten.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen, die in einer Gaststätte trinken, liegt mit 26,6 Jahren deutlich unter demjenigen aller Alkoholikerinnen. Die jugendlichen Alkoholikerinnen sind oft in Cliquen zusammen, die gemeinsam trinken. Patientinnen berichten, daß sie so ihre Hemmungen vor Männern verlieren und im angetrunkenen Zustand aufgeschlossener und lustiger seien. Patientinnen, die zu Hause trinken, berichteten, daß sie ohne Alkohol die Hausarbeit nicht bewältigen können.

b) Was trinken Alkoholikerinnen?

Die Frage, welche Alkoholika Frauen zu sich nehmen, hängt eng mit der Frage zusammen, wie lange die Frauen schon trinken. Bei meinen Untersuchungen und Befragungen hat sich herausgestellt, daß je länger der Alkoholabusus besteht, die Frauen mehr und mehr zu hochprozentigen Alkoholika übergehen.

Tab. 6: Was trinken Alkoholikerinnen?

Alkoholika	n	Prozent
Spirituosen	39	56,5 %
Bier und Spirituosen	15	21,7 %
nur Bier	10	14,5 %
Wein	3	4,3 %
Sekt	1	1,4 %
wahllos	1	1,4 %

Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, trinken 79,6 % täglich hochprozentige Alkoholika. Eine Patientin trank wahllos alles, was Alkohol enthielt, z.B. Parfum, Möbelpolitur u.ä., nach Möglichkeit aber vornehmlich Korn. Aus meinen Befragungen wurde eindeutig ersichtlich, daß die Frauen in

den wenigsten Fällen mit Spirituosen anfingen zu trinken; die Frauen tranken vornehmlich zunächst Bier, Wein oder Sekt. Erst mit steigender Trinkmenge griffen sie vermehrt zu Spirituosen. Daß bei länger dauerndem Alkoholabusus Frauen häufiger Spirituosen trinken als bei einem kürzeren, zeigt Tabelle 7, in der eine Gruppe von Frauen, die mindestens 8 Jahre Alkoholabusus betrieb, einer Gruppe mit weniger als 8 Jahre dauerndem Alkoholabusus gegenüber steht.

Tab. 7: Trinkgewohnheiten bei kürzerem/längerem Alkoholabusus

Alkoholika	Frauen, die mind. 8 Jahre trinken	Frauen, die weniger als 8 Jahre trinken
Spirituosen	67,9 %	51,2 %
Spirituosen und Bier	17,9 %	24,4 %
nur Bier	14,2 %	14,8 %
Wein, Sekt etc.	-	9,6 %
Anzahl	n = 28	n = 41

Während der Anteil der Biertrinkerinnen annähernd gleich geblieben ist, ist der Anteil der Spirituosen trinkenden Frauen deutlich gestiegen. Von den Frauen, die mindestens 8 Jahre trinken, nehmen 85,8 % täglich Spirituosen zu sich. HOLZGREVE (1970) beschreibt, daß Frauen im Gegensatz zu Männern bevorzugt "harte" Getränke zu sich nehmen.

c) Wieviel trinken Alkoholikerinnen?

"Frauen vertragen weniger Alkohol als Männer", postuliert ULRICH (1981). Er gibt die Menge reinen Alkohols, die eine Frau täglich gefahrlos trinken kann, mit 30 g an. Andere Autoren berichten von 40 g/die. Der Mann kann bis zu 80 g Alkohol täglich ohne Schaden zu sich nehmen. Alle Patientinnen unseres Kollektivs haben deutlich mehr als 30 g Alkohol/die getrunken.

Aus Tabelle 8 (S. 98) ergeben sich die Werte für den Alkoholgehalt der einzelnen Alkoholika in Gramm, die von den Frauen konsumiert worden sind. Schnaps ist in dieser Tabelle der Mittelwert aus Korn mit 32 Vol% und Doppelkorn mit 38 Vol%, $\bar{x}$ = 35 Vol%.

Tab. 8: Alkoholanteile in % und Gramm Alkohol

Alkoholika	Alkoholanteil in Vol%	100 ml enthalten jeweils an reinem Alk.
Bier	4	3,2 g
Wein	9	7,2 g
Sekt	12	9,6 g
Schnaps	35	28,0 g
Cognac	38	30,4 g
Wodka	50	40,0 g
Rum	60	48,0 g

Tabelle 9 läßt erkennen, daß alle Frauen in ihrem Alkoholkonsum deutlich über der noch zu tolerierenden Alkoholmenge pro Tag liegen. Die Werte streuen von 80 g/die bis 868 g/die! Es ergibt sich ein Mittelwert von 188,7 g/die.

Tab. 9: Alkoholkonsum pro Tag

Alkoholkonsum/die in g	Anteil der Patientinnen
bis 100 g	18,2 %
bis 150 g	22,7 %
bis 200 g	37,9 %
bis 250 g	6,1 %
bis 300 g	7,6 %
bis 350 g	1,5 %
bis 400 g	3,0 %
mehr als 400 g	3,0 %

Danach haben mehr als 60 % der Patientinnen einen Alkoholkonsum von 100 bis 200 g/die. Die meisten Alkoholikerinnen trinken dabei über den Tag verteilt, beginnen schon vormittags und halten den Alkoholspiegel auf demselben Niveau. Bedenklich erscheint die Tatsache, daß zu den 5 Frauen, welche die größten Mengen Alkohol verkonsumierten, eine Patientin gehört, die erst seit 4 Jahren und eine weitere, die erst seit 2 Jahren trank.

d) Warum trinken Alkoholikerinnen?

LAUSBERG (1975) nimmt an, daß Schwierigkeiten im Rahmen des Problemkreises "Ehe und Familie" am häufigsten das Motiv für exzessives Trinken sind. Eine weitere Rolle spielt auch die Einsamkeit und die Unausgeglichenheit. WANBERG und KNAPP, die 1970 eine Untersuchung an einem Therapiezentrum für Alkoholikerinnen durchgeführt haben, leiten aus dem großen Prozentsatz alleine trinkender Frauen die Vermutung ab, daß unter den Alkoholikerinnen viele Hausfrauen sind, die sich in ihrer Rolle langweilen.

In der von mir untersuchten Gruppe haben 62 von 70 Patientinnen einen Grund angegeben, weshalb sie tranken. In Tabelle 10 habe ich die verschiedenen Gründe für den Alkoholismus vereinfacht zusammengefaßt.

Tab. 10: Warum trinken Alkoholikerinnen?

Grund	Anteil
1) ohne besonderen Grund	11,4 %
2) Einsamkeit/Verlassenheit (Tod eines nahestehenden Menschen/ Weggang/Scheidung)	22,9 %
3) Eheschwierigkeiten	15,7 %
4) Familienschwierigkeiten	12,9 %
5) Geselligkeitstrinken	5,7 %
6) Angst vor dem Beruf	5,7 %
7) Angst vor Krankheit	4,3 %
8) weil der Mann trank	4,3 %
9) Drogenwechsel	2,9 %
10) Vergewaltigung	1,4 %
11) Sonstiges	12,8 %

Schwierigkeiten aus dem Problemkreis "Ehe und Familie" werden mit insgesamt 41 Fällen (55,8 %) - 2), 3), 4), 8) - als häufigstes Motiv für exzessives Trinken genannt. Die Einsamkeit und Verlassenheit (z.B. nach einer Scheidung) spielen dabei die größte Rolle. Einige Patientinnen (5,7 %) haben aus reiner Geselligkeit mit Freunden getrunken. Viele dieser Frauen merken aber dann nicht, daß sie ohne Alkohol nicht mehr auskommen und sich dann aufgrund ihres Alkoholismus ins Abseits stellen. Der Alkohol wird auch als "Angstlöser" benutzt. Das wird in den Fällen klar, in denen die Frauen aus Angst vor dem Ehemann, der Arbeit oder vor Krankheit (14,3 %) tranken.

DEMEL (1978) beschreibt die immer deutlich werdende Erscheinung der Mehrfachabhängigkeit von Alkohol und Tabletten wie auch die Austauschbarkeit des Suchtmittels. Eine Patientin gab den Tablettenabusus auf und wurde später Alkoholikerin; eine weitere fing mit Heroin an und ersetzte das Rauschgift durch Alkohol.

11,4 % der Patientinnen haben keinen eigentlichen Grund nennen können, der zu ihrem Alkoholismus geführt hat. Bei manchen (11-12,9 %) ist die genannte Ursache für den Alkoholismus so unglaubhaft, daß man den Eindruck haben kann, sie sei vorgeschoben, um den Alkoholismus zu entschuldigen.

e) Zusammenfassung der Trinkgewohnheiten

80 % der Frauen unseres Kollektivs tranken allein zu Hause, und zwar meist an einem bestimmten Ort (z.B. am Küchentisch). Nur 12,8 % der Frauen gingen zum Trinken in eine Gaststätte. Diese Frauen waren deutlich jünger als die alleine trinkenden Patientinnen. Frauen, die allein zu Hause trinken, können ihren Alkoholkonsum über längere Zeit verheimlichen. Dabei ist bemerkenswert, daß 79,6 % der Frauen täglich Spirituosen zu sich nehmen, denn hochprozentige Getränke lassen sich leichter verstecken als die äquivalente Menge Bier.

Die tägliche Trinkmenge erreichte teilweise unglaubliche Höhen, obwohl schon 30 oder 40 g reinen Alkohols/die die Leber schädigen. 60,6 % der Frauen nahmen täglich 100 bis 200 g Alkohol zu sich. DAHLGREN berichtete schon in einer Studie von 1962 bis 1969, daß Frauen rascher der Trunksucht verfallen als Männer. Einige Frauen unserer Gruppe tranken erst seit wenigen Jahren, so daß diese Ergebnisse von DAHLGREN nur bestätigt werden können.

Anlaß für den Alkoholkonsum sind bei Frauen in der Regel zwischenmenschliche Probleme aus dem Kreis "Familie und Ehe". Dabei wird die Alkoholikerproblematik noch verstärkt durch fehlendes Durchsetzungsvermögen und das Gefühl, durch ihre Partner bzw. Familienangehörige gegängelt oder ausgenutzt zu werden.

Kindheit

In der Literatur findet sich die wahrscheinlich berechtigte Annahme, daß dem Alkoholismus eine genetische Anlage zugrundeliegt, die ebenso wie das soziale Umfeld Einfluß hat. Es könnte aber auch ohne eine genetische Anlage alleine durch ein gestörtes soziales Umfeld dazu kommen, daß eine Person zum Alkoholiker wird. Das Familienbild des Alkoholikers ist nach BLEULER (1955) durch einen unverhältnismäßig großen Anteil von Alkoholikern in der Familie gekennzeichnet.

Wie haben nun die Frauen unseres Kollektivs ihre eigene Kindheit erlebt? FEUERLEIN (1975) beschreibt, daß jugendliche Alkoholiker - im Alter von unter 30 Jahren - im Vergleich zu solchen, die älter als 30 Jahre sind, häufiger aus einem "broken home" stammen, bei dem ein Elternteil Alkoholiker war. Da dem Untersuchungsergebnis von FEUERLEIN ein wesentlich größerer Männeranteil zugrundeliegt, erhebt sich die Frage, wie sich die Kindheit bei weiblichen Alkoholikern darstellt. Bemerkenswert ist, daß 47,1 % der Patientinnen von sich aus angaben, eine unglückliche Kindheit gehabt zu haben. Symptome, die dafür sprechen, sind verschiedene Auffälligkeiten, wie langandauerndes Bettnässen, Alpträume in der Nacht, Aufschrecken aus dem Schlaf sowie Nägelkauen.

Die sogenannte unglückliche Kindheit kann im Alkoholismus des Vaters oder auch der Mutter begründet sein oder auch in einer Heimunterbringung. 22,9 % der Patientinnen sind entweder bei Verwandten oder im Heim aufgewachsen, demnach nicht "zu Hause". 75 % dieser Patientinnen sind nach ihrer Ansicht unglücklich gewesen. Auffallend ist, daß relativ viele Patientinnen schon in der Kindheit wenig Kontakt zu anderen Kindern gehabt haben. Dabei spielt weniger ein Gehänseltwerden als die Schwierigkeit, echte Freunde zu finden, eine Rolle. Sie waren entweder Einzelgänger oder bekannt dafür, Schlägereien anzufangen. Eine Patientin, die nach ihren Hobbys in der Kindheit gefragt wurde, gab an, Spaß an Turnen und an Schlägereien gehabt zu haben.

Die Problematik, keine Freunde gewinnen zu können, belastet die Patientinnen bis heute. Viele meinen, auch in der Familie keine Vertrauensperson gehabt zu haben, der sie sich mit ihren Problemen hätten anvertrauen können. So war für einige Frauen selbst die Menarche ein Schock, weil sie völlig unvorbereitet davon überrascht wurden. Aufklärung fand in den meisten Fällen nicht in der Familie, sondern auf der Straße oder in der Schule statt.

Beim Streit der Eltern untereinander, der dann handgreiflich ausgetragen wurde, gab es nicht selten auch Schläge für die Kinder und führte in manchen Fällen sogar bis zum sexuellen Mißbrauch durch den Vater.

Wenn auch die Verhältnisse im Elternhaus nicht immer extrem schlecht waren, so haben doch nur einzelne Patientinnen über eine glückliche Kindheit berichtet, ein Elternhaus, in dem auch ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kind bestand. In diesen Fällen muß der Verlust einer geliebten Person durch den Tod als Ursache für den Alkoholismus angesehen werden.

Resümierend ist festzustellen, daß sehr häufig eine "broken home"-Situation aus den unterschiedlichsten Gründen bei den Alkoholikerinnen den späteren Alkoholismus vorbereitet hat. Dazu gehört nicht nur eine unglückliche Kindheit, sondern auch der Verlust einer nahestehenden Person.

Sexualität

GRÜNEBERGER (1977) stellt die These auf, daß zwischen sexueller Promiskuität und Alkoholismus bei Frauen ein Zusammenhang besteht. WESSELY und PERNHAUPT (1973) erklären, daß die sexuelle Problematik bei Alkoholikerinnen häufiger geäußert wird als bei Männern. Zu diesen Behauptungen einige Fallbeispiele:

Frau B. fühlt sich bei dem Gedanken schuldig, sexuelle Bedürfnisse zu haben. Ihre Erlebnisse haben zudem nicht in einer vertrauten ruhigen Atmosphäre, sondern im Wald oder im Auto stattgefunden, so daß sie meint, stets enttäuscht gewesen zu sein.

Eine andere Patientin hatte mehrere Liebhaber, von denen sie vergewaltigt worden sein will. Vorwürfe, die vor Gericht nicht aufrechterhalten werden konnten.

Frau W. bedauert, daß ihr Mann nicht mehr mit ihr den Geschlechtsverkehr ausüben mag, weil sie betrunken widerlich und ekelhaft auf ihn wirkt.

Ungefähr drei Viertel der Patientinnen geben an, sexuelle Probleme zu haben. Den Behauptungen GRÜNEBERGERs (1977), bei Alkoholikerinnen sei die Promiskuität besonders häufig, muß nach unseren Ergebnissen widersprochen werden. Wenn auch die meisten Alkoholikerinnen im Alter von 35 bis 45 Jahren sexuelle Probleme haben, so äußern sich diese nicht

in ständig wechselnden Männerbekanntschaften. Vielmehr fühlen sich die Frauen einerseits zum Geschlechtsverkehr gezwungen, andererseits leiden sie unter dem Abwenden der Partner.

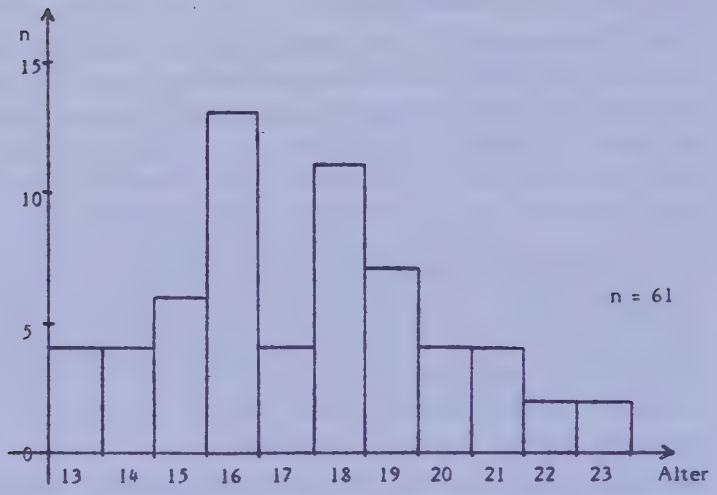
7 der 70 Patientinnen, die in der Jugend vergewaltigt worden sind, haben ganz besondere Probleme. Drei Frauen sind von ihrem Vater, eine von ihrem Bruder zum Inzest gezwungen worden. In drei Fällen war ein fremder Mann der Täter. Die am Inzest beteiligten Väter waren ebenfalls Alkoholiker. Eine dieser Frauen wurde von ihrem späteren Mann zur Heirat gezwungen, mit der Drohung, den Inzest anzuzeigen. Diese Frau konnte nur im Alkoholrausch mit ihrem Mann den Geschlechtsverkehr ausüben. Die Patientin, die von ihrem Bruder zu inzestiösen Beziehungen gezwungen worden ist, wurde von ihm deshalb erpreßt, weil er gesehen haben will, daß sie ihrer Mutter Geld gestohlen hatte. Diese Patientin hat lesbische Kontakte aufgenommen und näßt im Alter von 19 Jahren noch ein. Auch die Patientinnen, die von Fremden vergewaltigt wurden, haben eine gestörte Einstellung zur Sexualität.

Bei Patientinnen, die von ihren Partnern geschlagen werden, stellt sich die Frage, ob überhaupt noch ein normales Sexualleben vorhanden ist. 18 Patientinnen (25,7 %) geben an, von ihrem Partner geschlagen zu werden, wobei zwei Gruppen von Frauen unterschieden werden müssen. Zu der größeren Gruppe gehören diejenigen, die Angst vor ihrem Partner haben und sich deshalb nicht trauen, sich zu wehren. Die zweite Gruppe umfaßt diejenigen, die zurückschlagen. Es kann davon ausgegangen werden, daß in all diesen Fällen keine ehelichen Beziehungen mehr bestanden und die einzige Verständigung in Form von Handgreiflichkeiten erfolgte. Drei andere Patientinnen suchten zwar Freundschaften, hatten aber Angst vor Männern, weil diese "nur das eine" wollten. Eine Patientin fand im Alter von 22 Jahren den Geschlechtsverkehr mit einem Mann unbefriedigend und will deshalb keinerlei sexuelle Beziehungen mehr zu Männern.

Abschließend läßt sich jedenfalls sagen, daß der sexuelle Bereich der meisten Alkoholikerinnen gestört ist. Viele sind nicht zu Hause, sondern von Freunden auf der Straße oder in der Schule aufgeklärt worden, und zwei Patientinnen erst durch ihre Ehemänner.

Zur Kohabitarche ergibt sich die folgende, in Abbildung 8 (S. 104) dargestellte Altersverteilung:

Abb. 8: Alter bei der Kohabitarche



In dieser Abbildung sind 61 Patientinnen erfaßt. Eine Patientin ist erstmalig im Alter von fünf Jahren von ihrem Vater mißbraucht worden und deshalb nicht in der Abbildung vermerkt. Acht Patientinnen haben zum ersten Verkehr keine Angaben machen wollen, was auch nicht weiter verwunderlich ist, weil es sich hierbei um ein älteres Patientenkollektiv handelt.

Das Durchschnittsalter der Frauen beim ersten Verkehr liegt bei 16,6 Jahren. Diese Zahl an sich hat noch keine größere Aussagekraft, denn es sind zwei verschiedene Gruppen der betroffenen Frauen deutlich geworden. Die Frauen der ersten Gruppe, zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 28,6 Jahre alt, hatten bereits vor ihrem 15. Lebensjahr den ersten Geschlechtsverkehr, diejenigen der zweiten Gruppe der mit Abstand älteren Patientinnen (durchschnittlich 40,8 Jahre alt) erst erheblich später, im Alter von 20 Jahren.

Dieses Ergebnis bestätigt auch die Untersuchung von EICHER (1980), daß in den letzten Jahren eine deutliche Vorverlegung der Kohabition in ein früheres Alter stattgefunden hat.

Zum Schluß ist zu sagen, daß die Alkoholikerinnen sich in Bezug auf die Kohabitarche nicht wesentlich von der allgemeinen Bevölkerung unter-

scheiden, aber auf dem Gebiet der Sexualität mit größeren Problemen konfrontiert werden.

Tablettensucht und Alkoholismus

Es ist bekannt, daß Alkoholismus häufig nicht solitär vorkommt, sondern daß der Alkohol nur ein Suchtmittel von mehreren darstellt. Diese Polytoxikomanie ist fast ausschließlich eine Kombination von Alkoholismus und Tablettensucht. In der Regel handelt es sich um Schlaf- oder Beruhigungsmittel, die eine synergistische Wirkung mit Alkohol zeigen. FINKE (1980) berichtet, daß 12,5 % der Alkoholikerinnen auch tablettensüchtig waren. LAUSBERG (1974) hat einen Anteil von 27,5 % und KROLLE (s. Teil I) einen solchen von 45,5 % ermittelt und weicht von den eigenen Untersuchungsergebnissen (47,1 %) nur um 1,6 % ab.

Von Interesse ist die Altersverteilung dieser süchtigen Frauen zur Zeit der Untersuchung.

Tab. 11: Tablettensucht und Alkoholismus in Altersgruppen

Alter der Patientinnen	Anzahl der Alkohol- und Medikamentenabhängigen
bis 20 Jahre	3
ab 20 Jahre	4
ab 25 Jahre	4
ab 30 Jahre	2
ab 35 Jahre	5
ab 40 Jahre	10
ab 45 Jahre	2
ab 50 Jahre	3

Es fällt eine Spitze bei den Patientinnen, die zwischen 35 und 45 Jahre alt sind, auf. 60,6 % aller alkohol- und tablettensüchtigen Frauen sind älter und 39,4 % jünger als 34 Jahre. Wie läßt es sich nun erklären, daß der Anteil der älteren Frauen (ab 34 Jahre) größer ist als derjenige der jüngeren Alkoholikerinnen? Als Erklärung für diese Tatsache möchte ich ein Beispiel aufzeigen.

Eine 40jährige Frau geht zu einem Arzt und berichtet ihm, daß sie stets nervös, zittrig und unruhig sei. In der Regel wird der Arzt Beruhigungsmittel verschreiben und nicht bemerken, daß diese Symptome in Zusam-

menhang mit einem Alkoholismus stehen. Bei jüngeren Patientinnen ist es eher so, daß sich der Arzt scheut, sogleich Beruhigungsmittel zu verschreiben. Man kann durchaus der Meinung sein, daß ein Tablettenabusus von Ärzten unterhalten wird, indem sie immer wieder Beruhigungsmittel verordnen, statt die Grundkrankheit zu behandeln.

Erschreckend groß ist die Suicidalität unter den Mehrfachabhängigen. Bei den Patientinnen, die "nur" alkoholabhängig waren, hatten 14,3 % einen Suicidversuch unternommen. Alkoholikerinnen, die gleichzeitig medikamentenabhängig waren, hatten dagegen schon in 66,6 % einen Suicidversuch unternommen. Von allen Patientinnen, die schon einen Suicidversuch hinter sich hatten, sind 75,9 % tabletten- und alkoholabhängig.

Tabelle 12: Suicidversuche bei Alkohol-/Medikamentenabusus

	"nur" Alkohol	Alk. + Med.	Alk. + Heroin
Durchschnittsalter	41,4 Jahre	35,5 J.	23,0 J.
Suicidversuche	5	22	2
Anteil in %	14,3	66,6	100
Anzahl gesamt	n = 35	n = 33	n = 2

Demnach hat jede siebte Alkoholikerin schon einen Suicidversuch unternommen, bei Alkohol- und Tablettenabusus waren es sogar 2/3 der Patientinnen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß sich Mehrfachabhängigkeit in 50 % der untersuchten Fälle darstellt. Dabei sind 47,1 % tabletten- und alkoholsüchtig, 2,9 % betreffen die Kombination Alkohol und Heroin. Bei den Tabletten handelt es sich ausschließlich um Hypnotika und Tranquilizer, wobei letztere eindeutig vorherrschen. Gründe für den zusätzlichen Tablettenabusus sind, daß Begleiterscheinungen des Alkoholismus wie Zittern, Unruhe und Angstzustände durch Tranquilizer gedämpft werden können. Gleichzeitig ergänzen sich die Wirkungen von Alkohol und Tabletten, so daß nur niedrigere Dosen Alkohol für den Rauschzustand benötigt werden. Die meisten Patientinnen sind zwischen 35 und 45 Jahre alt. In dieser Altersgruppe ist es verhältnismäßig leicht, durch den Arzt an Tabletten zu gelangen und so einen Tablettenabusus zu unterhalten. Auffällig ist die erschreckend große Suicidalität unter den Mehrfachabhängigen, so daß bei Tabletten- und Alkoholabusus eine erhöhte Gefahr, Suicid zu begehen, besteht.

Suicid

Selbstmordhandlungen kommen bei Süchtigen wesentlich häufiger vor als bei der Normalbevölkerung. RUSHING (1968) beschreibt, daß der Anteil der Suicidversuche unter Alkoholikern zwischen 13 und 76 % liegt. Es wird geschätzt, daß 6 bis 21 % der Alkoholiker durch Selbstmord enden. Nach einer Untersuchung von SCHMIDTOBREICK (1976) liegt die Selbstmordrate ca. 22 % höher als bei einer vergleichbaren Altersgruppe.

Von den 70 untersuchten Patientinnen haben 29 (41,4 %) schon mindestens einen Selbsttötungsversuch hinter sich. Die Suicidversuche reichen vom Fenstersturz bis zu dem Versuch, sich mit verschluckten Stecknadeln das Leben zu nehmen. Das Durchschnittsalter dieser Patientinnen liegt bei 34,5 Jahren und demnach um 7 Jahre niedriger als der Altersdurchschnitt bei Patientinnen, die noch keinen Suicidversuch unternommen haben.

SCHMIDTOBREICK (1976) findet bei seinem Patientengut ein Durchschnittsalter von 34,6 Jahren, sowie daß 56 % seiner Alkoholikerinnen schon einen Suicidversuch hinter sich hatten. Auffällig ist weiterhin, daß 75,9 % der Patientinnen auch noch tablettenabhängig waren, daß die Selbstmordquote bei mehrfachabhängigen Patientinnen deutlich größer ist und daß die meisten der von mir untersuchten Patientinnen zur Zeit des Suicidversuchs unter Alkoholeinfluß standen.

Nach PATEL et al. (1976) waren 40 % der Frauen zur Zeit des Suicidversuchs alkoholisiert (Süchteln = 70 %). Daraus ist zu schließen, daß sich viele Frauen eher aus "einem plötzlichen, unvorhersehbaren, explosiven Aggressionsimpuls bei steigendem Blutalkoholspiegel töten, als am Ende einer Trinktour bei fallendem Alkoholspiegel bzw. in der Abstinenzphase in dem Zustand, den man als Katzenjammer bezeichnet" (FEUERLEIN, 1975).

Trotzdem kann die Behauptung aufgestellt werden, daß die meisten Frauen mit ihren Suicidversuchen nicht beabsichtigt hatten, sich zu töten. In einem Fall wurde von der Tochter einer Patientin berichtet, daß ihre Mutter die ganze Familie erpreßte, indem sie jedem ihrer Wünsche mit dem Zusatz "sonst bringe ich mich um" Nachdruck verlieh. Diese Patientin hatte tatsächlich schon mehrfach einen Suicidversuch unternommen. Eine andere Patientin hatte kurz vor ihrem Suicidversuch die Polizei angerufen, damit sie rechtzeitig gefunden wird. Auch die Anzahl der unternommenen Suicidversuche spricht gegen eine ernsthafte Tötungsabsicht.

Tab. 13: Anzahl der Suicidversuche

Anzahl der Patientinnen			
mit 1 Suicidversuch	mit 2 Suicidversuchen	mit 3 Suicidversuchen	mit mehr als 3 Suicidversuchen
10	4	-	15

Mehr als die Hälfte der Patientinnen hat demnach schon mehr als 3 Suicidversuche hinter sich. Auch die Wahl der Methode ist interessant, da ein spektakuläres Geschehen wie das Eröffnen der Pulsadern oder Erhängen wiederum vermehrt Aufmerksamkeit bewirkt als der Versuch, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Auch wenn eine Patientin mehrere Suicidversuche unternommen hatte, war die Wahl der Methode doch so gut wie immer gleich. Viele der Patientinnen wiesen zahlreiche Narben an beiden Unterarmen auf, die von Pulsaderschnitten herrührten.

Tab. 14: Suicidmethoden

	Tabletten/ Alkohol	Pulsader-schnitt	Erhängen	Sonstige (Fenstersturz, Messer i.d. Brust, vor ein Auto werfen)	nicht zu ermitteln
Anzahl	8	8	3	3	7

Drei der Patientinnen haben ihren Suicidversuch in einer akuten Alkoholhalluzinose begangen. Eine Patientin sah ihre tote Mutter am Fenster und wollte sich daraufhin selbst hinausstürzen. Eine andere konnte die vielen Spinnen in ihrem Bett nicht mehr ertragen, und der dritten wurde von Stimmen befohlen, sich zu töten. Alle drei haben diesen Suicidversuch im Wahn durchgeführt und auch keine weiteren Suicidversuche unternommen. Eine andere Patientin, die ebenfalls erst einen Suicidversuch mit Alkohol und Tabletten hinter sich hat, will dieses Geschehen als Unfall - und nicht als Suicidversuch - verstanden wissen.

Das Motiv für diese Autoaggression ist häufig eine Vereinsamung wegen des Alkoholismus oder eine schon bestehende Vereinsamung, die mit demselben zu kompensieren versucht wird. Es leben mehr Frauen alleine, die schon einen Selbstmordversuch hinter sich haben, als der Gesamtzahl aller Alkoholikerinnen entspricht.

Tab. 15: Familienstand und Suicid

Familienstand	Prozentzahl der Patientinnen	Prozentzahl der Patientinnen mit Suicidversuch
ledig	12,9 %	20,7 %
verheiratet	44,3 %	38,0 %
geschieden/ getrennt lebend	38,6 %	41,4 %
verwitwet	4,3 %	-

Der Anteil der ledigen, geschiedenen und getrenntlebenden Frauen ist bei den Alkoholikerinnen mit Suicidversuch größer als bei denjenigen ohne Suicidversuch. Noch deutlicher wird dies aus folgender Aufstellung:

Tab. 16: Familienstand und Anzahl der Suicidversuche

Familienstand	einen oder mehrere Suicidversuche haben unternommen
ledig	66,0 %
verheiratet	35,5 %
geschieden/ getrennt lebend	44,4 %

Zusammenfassung

Die Selbstmordhandlungen sind bei Süchtigen häufiger als bei der Normalbevölkerung. Das durchschnittliche Lebensalter dieser Patientinnen liegt um 4 Jahre niedriger als dasjenige der Gesamtgruppe der Alkoholikerinnen. Polyvalente Süchtige führen weitaus häufiger Selbstmordhandlungen durch als einfache Alkoholikerinnen. Die meisten dieser Taten werden unter Alkoholeinfluß begangen. Trotzdem ist festzuhalten, daß sich viele Alkoholikerinnen nicht töten wollen, sondern nur Aufmerksamkeit bzw. Beachtung suchen.

4 Zusammenfassung

Im folgenden werden die Ergebnisse über eine Gruppe von 123 Alkoholikerinnen, die in den Jahren 1979 bis 1981 im Rechtsmedizinischen Institut Düsseldorf obduziert wurden, mit denjenigen von 70 Patientinnen verglichen, die aufgrund ihres Alkoholismus im gleichen Zeitraum im LKH Viersen-Süchteln therapiert worden sind. Das Durchschnittsalter der Patientinnen aus dem LKH Viersen-Süchteln lag bei 38,6 Jahren, das der Patientinnen aus dem Rechtsmedizinischen Institut Düsseldorf bei 45,8 Jahren.

Geburtsort

28,6 % der obduzierten Frauen lebten zur Zeit des Todes nicht mehr in ihrem Heimatland. Bei den 36- bis 55jährigen Frauen, die mit 61,7 % den Hauptanteil des Untersuchungsgutes stellen, liegt der Anteil "Entwurzelter" sogar bei 36,8 %.

Kindheit

47,1 % der Süchtelner Patientinnen haben eine unglückliche Kindheit gehabt, die aus den verschiedensten Gründen zu einer "broken home"-Situation im Elternhaus geführt hat. 22,9 % dieser Frauen sind im Heim oder bei Verwandten aufgewachsen. Von diesen haben sogar 75 % eine unglückliche Kindheit angegeben. Hauptproblem in dieser Zeit war, daß die meisten dieser Frauen niemanden hatten, dem sie sich anvertrauen konnten.

Sexualität

Hinsichtlich der Kohabitarche unterscheiden sich die Süchtelner Patientinnen nicht von der Allgemeinbevölkerung. Dagegen gaben 3/4 dieser Patientinnen sexuelle Probleme an. 10 % wurden in der Jugend vergewaltigt. Der Täter war in 57 % der Fälle Vater oder Bruder.

Zivilstand

Der Anteil der geschiedenen und getrenntlebenden Frauen war bei den Süchtelner Patientinnen 38,6 % und bei den Düsseldorfer Patientinnen 28 %. Diese Zahlen weichen erheblich von denen der Allgemeinbevölkerung ab, die in nur 4,8 % geschieden oder getrenntlebend ist. Im Vergleich zu anderen Autoren läßt sich in den letzten Jahren ein Anstieg geschiedener oder getrenntlebender Alkoholikerinnen verzeichnen.

Beruf

Nur 26,1 % aller obduzierten Frauen waren zur Zeit des Todes berufstätig. Unter diesen war der Anteil der "Alkoholberufler" mit 40 % sehr groß. 55,8 % der arbeitslosen und erwerbstätigen Alkoholikerinnen ohne "Hausfrauen oder Rentnerinnen" waren ehemals Angestellte oder übten diesen Beruf zum Todeszeitpunkt noch aus. Somit ist der Anteil Angestellter bei Alkoholikerinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert.

Wohngemeinschaft

27,6 % der aus dem Düsseldorfer Untersuchungsgut stammenden Frauen waren alleinstehend.

Partner

63,4 % der in Düsseldorf obduzierten Frauen lebten mit einem Partner zusammen. Diese waren überwiegend erheblich älter oder jünger als ihre Partnerinnen. Eine Trunksucht des Partners wurde in 35,7 % (Süchteln) bzw. 48,2 % (Düsseldorf) angegeben. 25,7 % der Süchtelner Patientinnen und 16,6 % der Düsseldorfer Patientinnen wurden von ihrem Partner geschlagen. Andererseits wurde mehr als die Hälfte der verheirateten Frauen von ihrem Ehemann wegen des Alkoholabusus zu einer stationären Behandlung veranlaßt.

Kinder

Die obduzierten Alkoholikerinnen entsprechen hinsichtlich ihres Alters bei der Geburt des ersten Kindes den allgemeinen Erwartungswerten. Auch in Bezug auf die Kinderzahl haben bei beiden Kollektiven keine Abweichungen festgestellt werden können. 17,7 % der Alkoholikerkinder sind nichtehelich geboren, adoptiert oder beim Stiefvater aufgewachsen. Im Süchtelner Kollektiv konnte häufig ein Wechsel der Mutter-Kind-Rolle festgestellt werden.

Wohnung

Die obduzierten Frauen lebten meist in ausreichend großen, aber häufig verwahrlosten Wohnungen. Dabei korrelierte die Trinkdauer mit dem Wohnungszustand.

Bekannter Alkoholismus

52,8 % der obduzierten Frauen waren durch ihre Sucht oder deren Folgen praemortal ärztlichen, polizeilichen oder sozialen Stellen aufgefallen. 22,7 % der Frauen hatten eine Entziehungskur mitgemacht. In Süchteln kamen 75 % der Frauen zur ersten stationären Einweisung freiwillig. Bei zwei Einweisungen sank dieser Anteil auf 37,5 %. Der Anteil der Zwangseinweisungen stieg überproportional mit der Anzahl der Wiedereinweisungen an. Die durchschnittliche Trinkdauer bis zur stationären Ersteinweisung betrug in Süchteln 6,1 Jahre.

Suchtbeginn

Entgegen älterer Literatur ergibt sich aus unseren Untersuchungen eine deutliche Vorverlegung des Suchtbeginns. Das Durchschnittsalter betrug 36,8 Jahre bzw. 36,5 Jahre. Die Alkoholikerinnen begannen überwiegend bis zum 25. und zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr zu trinken.

Trinkverhalten und Trinkmengen

Als auslösendes Moment für die Trunksucht wurde in 58,6 % der Fälle der Problemkreis "Ehe und Familie" angegeben. 80 % aller Alkoholikerinnen tranken zu Hause, und zwar in der Küche (Süchteln). Die Gaststättenbesucherinnen waren überwiegend jüngeren Alters. 81,8 % der Frauen tranken mehr als 100 g reinen Alkohol pro Tag. Im Verlauf der Sucht ließ sich ein Wechsel von nieder- zu hochprozentigen Alkoholika feststellen.

Mehrfachabhängigkeit

47,1 % (Süchteln) und 45,5 % (Düsseldorf) der Frauen waren neben alkohol- auch medikamentenabhängig. Meist handelte es sich dabei um Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Suicidversuche

Unter den Alkoholikerinnen fanden wir eine sehr hohe Frequenz an Suicidversuchen. Der Anteil der Frauen, die mindestens einen Suicidversuch durchgeführt hatten, lag zwischen 16,2 % in Düsseldorf und 41,4 % in Süchteln. Bei den Mehrfachabhängigen war die suicidale Einstellung extrem hoch.

Organbefunde

Die Herzen waren durchschnittlich 100 g schwerer als zu erwarten war. Ein geschädigtes Herz fand sich in 35,7 %, eine alkoholische Kardiomyopathie wurde in 17 % der Fälle beschrieben. In 21,1 % wurde eine Hirnatrophie, in 8,9 % eine Ventrikelerweiterung gefunden. 77,2 % zeigten Leberveränderungen. Eine Fettleber wurde in 47,9 %, Zirrhose in 15,4 % gefunden. In 18,7 % der Fälle wurden Pankreaserkrankungen diagnostiziert. An der Lunge wurden die Befunde einer Pneumonie in 15,4 % und einer Tuberkulose in 3,25 % der Fälle erhoben. Hinsichtlich Nebenniere, Schilddrüse und Gallenveränderungen wurden keine Abweichungen zu Nichttrinkern gefunden.

Die Häufigkeit und Stärke pathologischer Organbefunde korrelierte mit der Dauer des Mißbrauchs.

Tod

Die durchschnittliche Trinkdauer bis zum Tode betrug bei den Düsseldorfer Patientinnen 9,3 Jahre. Zum Todeszeitpunkt waren mehr als die Hälfte der Frauen alkoholisiert. Der Tod wurde in 52,8 % als "natürlich", in 17,8 % als "Suicid", in 16,3 % als "Unfall" und in 5,7 % als "Tod durch Fremdverschulden" gewürdigt. 7,3 % der Todesfälle wurden als "ungeklärt" klassifiziert.

Von den medizinisch geklärten Todesfällen verstarb mehr als die Hälfte dieser Frauen an Lungen- und Lebererkrankungen. Bei 72,7 % der Suicide und 35 % der Unfälle war eine Alkohol-/Medikamentenintoxikation die Todesursache. Bei den rechtlich ungeklärten Todesfällen nahm man in 66,6 % eine Alkohol-/Medikamentenintoxikation an. Insgesamt stand die Vergiftung mit einem Anteil von 53,4 % an der Spitze aller nicht natürlichen Todesursachen.

Schlußfolgerungen

In unserer Untersuchung glichen sich beide Gruppen hinsichtlich des Durchschnittsalters zu Trinkbeginn. Auch fanden wir die beiden gleichen Maxima in den Altersgruppen und eine Vorverlegung des Suchtbeginns im Vergleich zu anderen Autoren. Der Anteil der Mehrfachabhängigkeit war bei beiden Gruppen gleich. Im Suchtverhalten und dem Beginn des Abusus unterscheiden sich beide Samples nicht.

Dagegen konnten wir bei den Süchtelner Patientinnen häufiger Ehe- und Familienkonflikte eruieren als bei denjenigen aus Düsseldorf. So war der Anteil geschiedener und getrenntlebender Patientinnen aus Süchteln größer. Diejenigen Frauen, die noch mit einem Partner zusammenlebten, wurden häufiger von diesen geschlagen als in der Vergleichsgruppe; hier waren die Ehen harmonischer. Es gab weniger Gewalt unter den Partnern und häufiger einen mittrinkenden Ehemann.

Dementsprechend war die Suicidalität der Süchtelner Patientinnen größer. Während nur 16 % der obduzierten Frauen praemortal schon einen Suicidversuch unternommen hatten, waren es bei den Süchtelner Patientinnen vor der stationären Einweisung 41 %.

Der Leidensdruck der Süchtelner Patientinnen scheint demnach größer zu sein, sie waren größeren familiären Konflikten ausgesetzt und deshalb auch therapiewilliger.

Literaturverzeichnis

ADLERCREUTZ, H.: Östrogen metabolism in liver diseases. J. Endocr. 46 (1970), 129

AMBERG, R.J. van: A study of 50 women patients hospitalized for alcohol addiction. Dis. Nerv. Syst. 4 (1943), 246

ANTONS, K.; SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Verlag f. Psych., Göttingen 1977

ASHLEY, M.J. et al.: Morbidity in alcoholics. Evidence for accelerated developement of physical disease in women. Arch. Intern. med. 137 (1977), 883

BECKER, K.: Langzeitprognose chronischer Lebererkrankungen. Wien. med. Wschr. 130 (1980), 549

BENAD, A.: Rauschmittelkonsum bei Jugendlichen. Int. J. Gesundheitserz. 16/3 (1973)

BERGES, W.; WIENBECK, M.: Alkohol und Intestinaltrakt, in: Alkohol und Organschäden. Witzstrock Verlag, Baden-Baden 1981

BERNER, P.; SOLMS, W.: Alkoholismus bei Frauen. Wien. Z. Nervenheilk. 6 (1953), 273

BEYERSDORF, F.: Anatomie. Akad. Verlagsgesellsch., Wiesbaden 1978

BLEULER, M.: Familial and personal background of chronic alcoholics, in: Etiologie of chronic alcoholism. Hrsg. Thomas, D., Springfield/Ill., 1955

BOCHNIK, H.J.: Bedürfnis, Rausch und Sucht. Hoheneck Verlag, Hamm 1970

BOCHNIK, H.J.; BURCHARD, J.; DIECK, C.: Alkoholmißbrauch bei Frauen. Nervenarzt 30 (1959), 433

BÖCKER, W.; SEIFERT, G.: Zur Pathologie der Alkoholpankreatitis. Dtsch. Med. Wschr. 97 (1972), 803

BOLLINGER, O.: Über die Häufigkeit und Ursachen der idiopathischen Herzhypertrophie in München. Dtsch. Med. Wschr. 10 (1884), 180

BRÄUTIGAM, W.: Gemeinschaftsfaktoren in der Behandlung von Alkoholsüchtigen. Z. Psychoth. med. Psychol. 9 (1959), 146

BSCHOR, F.: Histologische Befunde bei Alkoholhyperlipidämie. Acta med. leg. soc. (Liege) 16 Nr. 4 (1963), 77

Bundesversicherungsanstalt für Angest.: Geschäftsbericht über das Rechnungsjahr 1980. Felgentreff und Soebel, Berlin 1981

COURVILLE, C.B.; MEYERS, R.O.: Effects of extrangeous poisons on the nervous system. Bull. Los Angeles Neurol. Soc. (1954), 22

CRAIG, J.R. et al.: An autopsy survey of clinical and anatomic diagnosis associated with alkoholism. Arch. Path. Labor. Med. 104 (1980), 452

CREUTZFELD, W.; SCHMIDT, H.: Aetology and pathogenesis of pancreatitis. Scand. J. gastroent. 6 (1970), 47

DAHLGREN, L.: Female alcoholics. Med. Diss. Stockholm (1979)

DANNENKOPPEL, E.: Alkoholismus, eine Gefährdung dieser Zeit. Ther. d. Gegenw. 110 (1971), 400

DESHAIES, G.: Aspects psychiques de l'alcoolisme chez la femme. La Vie Med. 46 (1965), 1739

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren: Praxis Kurier 29 (1981)

DINOSO, V.P. et al.: Gastrointestinal discorders in chronic alcoholics. Am. J. Gastroent. 58 (1971), 209

DREILING, D.H.: Alcoholism, alcoholic pancreatitis and pancreatitis secretion. Ann. N.Y. Acad. Sci. 252 (1975), 187

DÜRR, H.K.: Alkoholschädigung des Pankreas. Internist 19 (1978), 123

DUMBACH, D.H.: Todesfälle durch kombinierte Wirkung von Alkohol und Medikamenten. Med. Diss., Erlangen 1975

EICHER, W.: Sexualmedizin in der Praxis. Fischer Verlag, Stuttgart 1980

EISELE, M.: Epidemiologie des Alkohols in der Großstadt. Dtsch. Gesundheitswesen 33 (1978)

ENQUETE-KOMMISSION: Frau und Gesellschaft I (1977), Bd. II. Deutscher Bundestag, Bonn 1981

FEINGOLD, A.O.: Association of tuberculosis with alcoholism. South Med. J. 69 (1976), 133

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme Verlag, Stuttgart 1975

FEUERLEIN, W.: Sucht und Selbstmordhandlungen, in: Sucht und Suizid. Lambertus Verlag, Freiburg 1976

FEUERLEIN, W.: Epidemiologie des Alkoholismus. Sonderdruck aus dem Schleswig-Holst. Ärzteblatt 3 (1981)

FILIPPINI, L.: Leberschäden durch Alkohol. Goldmann Verlag, München 1971

FINKE, R.: Alkoholismus bei Frauen. Med. Diss., München 1980

FLATH, K.: Volkswirtschaftliche Kosten durch Alkohol- und Tabakkonsum, in: Sucht und Mißbrauch. Thieme Verlag, Stuttgart 1975

GALL, M. von: Zur Anwendung von CT in der klin. Praxis. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 46 (1978), 36

GEDIGK, P.; BECHTELSHEIMER, H.: Lehrbuch der Pathologie. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1975

GEISLER, W.: Damit alles ein bißchen leichter wird. Beltz Verlag, 1981

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psych. Krankh. (PsychKG): Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land NRW, Nr. 79 (1969), 872

GLATT, M.: Der Alkoholiker und die Hilfe, die er braucht. Herder Verlag, Wien 1976

GOEBELL, H.: Alkoholwirkungen am exokrinen Pankreas. Internist 10 (1969), 265

GOLDBERG, M.: zit. in: Alkohol und Endokrinium. Kley, H.K.; Both, H.; Moreno, F., in: Alkohol und Organschäden. Witzstrock Verlag, Baden-Baden 1981

GONZALES, T.A.: Unexspected and Sudden natural death. in: Legal Medicine, 2. Aufl., 102, N.Y. Appleton Century Crofts Inc., 1954

GRUENEBERGER, N.: Psychodiagnostik des Alkoholkranken. Maudrich Verlag, 1977

GUNDEL, K.: Vergleich der Soziogenese des weibl. und männl. Alkoholismus anhand klin. Daten. Inaugural Diss., München 1972

HANSEL, W.: Die alkoholische Beeinflussung beim Selbstmord.
Med. Diss., Düsseldorf 1972

HARMSEN; H.: Die Frau in unserer Gesellschaft, in: Alkoholismus bei Frauen.
Hoheneck Verlag, Hamm 1970

HEGGLIN, M.; SIEGENTHALER, M.: Differentialdiagnosen innerer Krankheiten.
Thieme Verlag, Stuttgart 1980

HERBER, F.: Alkohol: Prozente-Promille-Probleme.
VEB Verlag, Volk und Gesundheit, Berlin 1978

HOLZGREVE, W.: Alkohol, Alkoholismus, Alkoholfrage.
Hoheneck Verlag, Hamm 1978

HÜDEPOHL, J.M.: Cholelithiasis im Autopsiegut.
Zeitschr. f. Allgemeinmed. 7 (1983), 370

HÜDEPOHL, J.M.: Diabetes mellitus und Gallensteinbildung, in:
Zeitschr. f. Allgemeinmed. 19 (1983), 1086

INFAS Repräsentativerhebung "Familie und Sozialisation" 1973

INFRATEST Alkoholfolgekrankheiten und Alkoholabhängigkeit.
Infratest Gesundheitsforschung, München 1979

JELLINEK, E.M.: The disease concept of alcoholism.
Yale Univ. Press, New Haven 1960

JENNY und MEIER: zit. nach v. Thiel, Rotter, Basel 1981

JUNG, Y.; ROSSFIELD, A.B.: Prolactin cells in the hypophysis of cirrhotic patients.
Arch. Path. 94 (1972), 265

KAIJ, L.: Alcoholism in twins.
Almquist und Wiksell, Stockholm 1960

KANTHER, R.: Über das Alkoholikerherz.
Med. Welt (1964), 608

KAUFMANN, S.E.: Induction of gastro-oesophageal reflux by alcohol.
Gut. 10 (1978), 336

KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente, in: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren.
Neuland Verlagsgesellschaft, Hamburg 1982

KINSEY, B.A.: The female alcoholic - a social psychological study.
Thomas, Springfield/Ill. 1966

KLEY, H. et al.: Alkohol und Endokrinium, in: Alkohol und Organschäden.
Witzstrock Verlag, Baden-Baden 1981

KREBS, H.A.: The physiological role of liver alcohol dehydrogenase.
Biochem. J. 18 (1970), 635

KÜBLER, W.; KUHN, H.; LOOGEN, F.: Die Kardiomyopathien, ihre Einteilung nach ätiologischen und klinischen Gesichtspunkten.
Z. Kardiol. 62 (1973), 3

KÜHNE und WILGEROTH: zit. im Zentralbl. f. Allgem. Path. 126, 3/4 (1982)

KUHN, H.: Alkohol und Herz, in: Alkohol und Organschäden.
Witzstrock Verlag, Baden-Baden 1981

LADEWIG, D.: Alkohol, Alkoholmißbrauch und Alkoholismus - Ein definitorisches Problem, in: Prophylaxe des Alkoholismus, Hrsg. Battegay.
Hans Huber Verlag, 1979

Landesvers.Anstalt f. Angestellte: Statistische Angaben über durchgeführte Alkoholentziehungsbehandlungen bei Frauen (1981)

LAUBENTHAL, F.: Suchtprobleme, Sucht und Mißbrauch, Hrsg. Steinbrecher / Solms.
Thieme, Stuttgart 1964

LAUSBERG, H.: Alkoholismus bei Frauen.
Med. Diss., Bonn 1975

LEONHARDT, H.: Taschenatlas der Anatomie, Innere Organe.
Thieme Verlag, Stuttgart 1976

LELBACH, W.K.: Leberschäden bei chronischem Alkoholismus. III: Bioptisch-histologische Ergebnisse.
Acta hepatosplen. 14 (1967), 9

LINZBACH: zit. in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch.
deGruyter Verlag, Berlin 1977

LISANSKY, E.: Alcoholism in women.
Quart. J. Stud. Alcohol. 18 (1957), 588

LUCAS, H.J.: Die Bedeutung des Alkohols im Krankheitsbild der in 15 Jahren (1949-59) stationär behandelten Frauen.
Med. Diss., Kiel 1963

LUDES, H.; BUTER-WEIDEN, E.: Alkohol und Tuberkulose. In: Alkohol und Organschäden.
Witzstrock Verlag, Baden-Baden 1981

MAIER: Verlaufsformen alkoholischer Lebererkrankungen.
Klin. Wschr. 57 (1979), 311-317

MANTEK, M.: Frauen-Alkoholismus.
Ernst Reinhardt Verlag, München 1979

MARCKWORT, I.: Motivationspsychologische Untersuchungen an chronischen Alkoholikerinnen.
Phil. Diss., Bonn 1973

METZ, B.; MARCOUX, F.: Alcoholisation et accidents du travail.
Arch. mal. prof. 21 (1960), 750-752

MORGAN, M.; SHERLOCK, S.: Sex-related differences among 100 patients with alcoholic liver disease.
Br. Med. Journal 1, 939-941 (1977)

MÜLLER, W.: Pathologisch-anatomische Feststellungen IV/150, in: Sucht & Mißbrauch, Thieme Verlag, Stuttgart 1975

MURDOCK, H.R.: Thyroidal effects of alcohol.
Q. J. Stud. Ak. 28 (1967), 419

NAEVE, W.; KRAUSE, J.: Über natürliche Todesursachen plötzlich unerwartet Verstorbener.
Lebensvers.med. 4 (1977), 103

NEUBÜRGER, K.: Wernickesche Krankheit bei chron. Gastritis.
Z. ges. Neurol. Psychiatr. 160 (1938), 208

OLDERSHAUSEN, H. von: Über die Pathogenese der alkoholischen Leberschäden.
Dtsch. med. Wschr. 89 (1964), 867

OLDERSHAUSEN, H. von: Alkoholische Leberschäden.
Therapiewoche 20 (1970), 58

PERLHOFF, J.; WHEREAT, A.: Kardiomyopathien durch Alkohol.
Klinikjournal 9 (1982), 14

PITTMANN, D.J.: Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs.
Vortrag 27. Intern. Kongr. über Alkohol und Alkoholismus, Frankfurt/M. 1964, Hrsg. DHS

POPPER, H.; SCHAFFNER: zit. nach MÜLLER, W.

ROSENBAUM, B.: Married women at the Washingtonian Hospital.
Quart. J. Stud. Alcoh. 19 (1958), 79

ROSSEL, U.: Todesumstände, Todesursachen und Obduktionsbefunde bei chron. Alkoholikern.
Med. Diss., Berlin 1969

ROSSI: Alkohol und Mangelernährung in der Pathogenese der experimentellen Alkoholkardiomyopathie.
J. Path. (Edinb.) 130 (1980), 105

ROTTER, W.: Lehrbuch der Pathologie.
Schattauer Verlag, Stuttgart 1975

RUSHING, W.A.: Alcoholism and suicide rates by status, sex and occupation. Quart. J. Stud. Alc. 29 (1968), 399

SCARLES, H. et al: Quantity of alcohol consumption and risk of chronic pancreatitis. Scand. J. Gastroent. 11 (Suppl. 41), 1976, 45

SCHENK; E.; COHEN, J.: The heart in chronic alcoholism. Path. et Microbiol. (Basel) 35 (1977), 96

SCHMIDTOBREICK, B.: Suicid und Suicidversuche bei Suchtkranken, in: Sucht und Suicid. Lambertus Verlag, Freiburg 1976

SCHUBERT, G.; BETHKE, B.: Lehrbuch der Pathologie. Walter deGruyter Verlag, Berlin 1981

SEYBERTH, A.: Alkoholismus bei Frauen. Med. Diss., Erlangen 1963

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Die Frau in Familie, Beruf und Gesellschaft. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1975

STROHMEYER, G.: Metabolisch bedingte Lebererkrankungen. Med. Klin. 62 (1967), 1598

TAUCHERT: Auf dem 16. Lehrgang: Sport mit Patienten nach Herzinfarkt. Köln, 05.03.1983

THALER, H.: Voraussetzungen für den alkoholischen Leberschaden. Therapiewoche 27 (1977), 6580-6587

THIEL, van: Hypothalamic-Pituitary-Gonadal function in liver disease. Endocrinological aspects of alcoholism, Basel 1981, 28

ULRICH, W.: Alkohol muß nicht schädlich sein. ECON Verl., 1981

WANBERG, K.W.; KNAPP, J.: Alcoholism symptom patterns of men and women. A comperative study. Quart. J. std. Alc., New Brunswick, N.Y. 31 (1970), 40-61

WANKE, U.: Alkoholismus bei Frauen. Analyse klinischer Erfahrungen, in: Alkoholismus bei Frauen. Hoheneck Verl., Hamm 1970

WESSEly, P.; PERNHAUPT, G.: Der Alkoholismus bei Frauen im Vergleich zu einer männlichen Kontrollgruppe. Wien. med. Wschr. 123 (1973), 473-478

WEWALK, F.: Pathologie und Klinik der Fettleber. Münch. med. Wschr. 105 (1963), 35

WHO: World Health Organisation techn. rep. ser. 48 (1952)

WÜTHERICH, P.: Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus. Sozialmed. päd. Jugendkunde, Bd. 10, Basel 1974

Lebenslauf

Ich, Anand Dave, wurde am 14.08.1960 als einziges Kind der Eheleute Romnik und Edith Dave, geborene Postels, in London geboren.

1963 zogen meine Eltern mit mir in die Bundesrepublik Deutschland.

Im Jahre 1966 wurde ich in die katholische Grundschule Mönchengladbach-Hardt eingeschult. Ich besuchte von 1969-1978 das Mathematisch-Naturwissenschaftliche Gymnasium in Mönchengladbach, an dem ich am 07. Juni 1978 das Abitur bestand.

Ich nahm zum Wintersemester 1978/79 das Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf auf und bestand 1980 das Physikum, 1981 den ersten und 1983 den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Zum Wintersemester 1983/84 wechselte ich zur Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und bestand dort am 22. Oktober 1984 den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Mein Praktisches Jahr absolvierte ich im Krankenhaus Maria-Hilf Mönchengladbach.

Nun bin ich seit dem 01. November 1984 als Assistenzarzt in der Chirurgie im Krankenhaus Mönchengladbach-Neuwerk beschäftigt.

Lebenslauf

Ich, Henning Krolle, wurde am 02.02.1959 als zweiter von drei Söhnen der Eheleute Dieter Krolle, Exportkaufmann, und Lilo, geborene Lentz, Krankenschwester, in Düsseldorf geboren.

1965 wurde ich in der evangelischen Grundschule Regentenstraße, Mönchengladbach, eingeschult und besuchte dann von 1969 bis 1972 das Mathematisch-Naturwissenschaftliche Gymnasium und von 1972 bis 1976 das Neusprachliche Gymnasium in Mönchengladbach. Von 1976 bis 1978 besuchte ich das Gymnasium Curschmannstraße in Hamburg, an dem ich am 12.06.1978 das Abitur bestand.

Zum Wintersemester 1978/79 nahm ich das Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf auf, wo ich im August 1980 das Physikum, im August 1981 den ersten Abschnitt und im August 1983 den zweiten Abschnitt des ärztlichen Staatsexamens bestand. Zum Wintersemester 1983/84 wechselte ich zur Rheinisch-Westfälischen Hochschule Aachen und absolvierte mein Praktisches Jahr im Lehrkrankenhaus Maria-Hilf Mönchengladbach. Dort bestand ich am 22. Oktober 1984 das ärztliche Staatsexamen.

Dankesworte

An dieser Stelle möchten wir allen jenen danken, die uns bei dieser Arbeit unterstützt und immer wieder motiviert haben.

Ganz besonders gilt unser Dank:

Frau Prof. Dr. Trube-Becker für die Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates,

Herrn Prof. Dr. Brüster für die Übernahme des Korreferates,

Frau Karin Beier und Frau Brigitte Aretz, die mit großem Engagement und Sachverstand die äußere Form der Arbeit besorgt und dafür viel Zeit geopfert haben,

unseren Freunden und Bekannten, die uns, besonders während der Niederschrift der Arbeit, mit Geduld ertragen und immer wieder ermuntert haben.